

病名	36 アルカプトン尿症					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()					
受給者番号		受診日	年	月	日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定		
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI			
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	肥満度 %		
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日					
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・ 高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・ その他()											
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり				
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	なし・あり(等級 1級・2級・3級)										
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明				
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載												
症状	全身	低身長(-2.0SD以下): [なし・あり]										
	内分泌・代謝	低血糖: [なし・あり]										
	筋・骨格	病的骨折: [なし・あり]			骨変形: [なし・あり]			関節拘縮: [なし・あり]				
		筋緊張低下: [なし・あり]			筋萎縮: [なし・あり]			筋力低下: [なし・あり]				
	筋緊張亢進: [なし・あり]		性質: [痙縮・固縮]									
	消化器	肝腫大: [なし・あり]				脾腫大: [なし・あり]						
	精神・神経	精神発達遅滞: [なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]										
		移動障害: [なし・走行・独立歩行・介助歩行・独立位・伝歩・坐位(移動可)・坐位(移動不可)・寝返り・寝たきり・不明]										
		精神運動機能の退行: [なし・あり] 精神症状: [なし・あり] 意識障害: [なし・あり]										
	痙攣: [なし・あり]		小脳性運動失調: [なし・あり・不明]			不随意運動: [なし・あり・不明]						
発達障害: [なし・あり・不明]		自閉スペクトラム症: [なし・あり・不明]										
注意欠如多動症: [なし・あり・不明]		限局性学習症: [なし・あり・不明]										
発達障害(その他): ()												
眼	緑内障: [なし・あり]			白内障: [なし・あり]			視力低下: [なし・あり]					
	視野障害: [なし・あり]			視神経萎縮: [なし・あり]			角膜混濁: [なし・あり]					
眼球運動障害: 水平性: [なし・あり]		垂直性: [なし・あり]										
耳鼻咽喉	聴力障害: [なし・あり]		聴力(右): ()dB		聴力(左): ()dB							
その他	症状(その他): ()											
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載												
有機酸分析(尿)	ホモゲンチジン酸の排泄増加: [なし・あり・不明]											
画像検査	画像検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 検査名: () 部位: () 所見: ()											
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)			HGD遺伝子異常: [なし・あり]						
遺伝子異常(その他): ()												
検査所見(その他)	検査所見(その他): ()											
その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載												
合併症	合併症: [なし・あり] 詳細: ()											
経過(申請時) ※直近の状況を記載												
薬物療法	ニチシノン (NTBC: 2-(2-nitro-4-trifluoromethyl-benzoyl)-1,3-cyclohexanedione): [なし・あり] 薬物療法(その他): ()											

栄養管理	栄養管理：[未実施 ・ 実施] 詳細：()		
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施]		
血液浄化	血液浄化法：[未実施 ・ 実施] 種類：[持続的血液透析 (CHD) ・ 持続的血液濾過透析 (CHDF) ・ その他] 回数：()回/年		
手術	人工関節置換術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)		
	手術 (その他)：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()		
治療	治療 (その他)：()		
今後の治療方針	今後の治療方針：()		
	治療見込み期間 (入院)	開始日：(年 月 日)	終了日：(年 月 日)
	治療見込み期間 (外来)	開始日：(年 月 日)	終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日

医療機関住所

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()