

病名	45 中鎖アシルCoA脱水素酵素欠損症					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	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	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											
病型	病型(中鎖アシルCoA脱水素酵素欠損症): [ 発症前型・新生児期発症型・乳児期発症型・遅発型 ]										
症状	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし・あり ]			不整脈: [ なし・あり ]			心筋障害: [ なし・あり ]			
	内分泌・代謝	非~低ケトン性低血糖: [ なし・あり ]									
	筋・骨格	骨格筋障害: [ なし・あり ]									
	消化器	肝腫大: [ なし・あり ]			消化器症状: [ 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 ] 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 ]				
その他	脳神経障害: [ なし・あり ] 詳細: ( ) 症状(その他): ( )										
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載											
アシル分析	血清	カプリル酸(C8)の増加: [ なし・あり・不明 ]			C8/C10比: ( )・未実施						
	ろ紙血	カプリル酸(C8)の増加: [ なし・あり・不明 ]			C8/C10比: ( )・未実施						
血液検査	AST: ( )U/L		ALT: ( )U/L		CK: 最近1年間の最高値: ( )U/L						
	アンモニア(NH <sub>3</sub> ): 最近1年間の最高値: ( )μg/dL・μmol/L・未実施										
病理検査	筋生検: [ 未実施・実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )			脂肪酸代謝異常症を疑わせる所見: [ なし・あり ]					
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [ 未実施・実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 実施時年齢: ( 歳 か月 )										
	検査名: [ 田中・ビナー式・WPPSI・WISC・WAIS-R・新版K式・K-ABC・遠城寺式・KIDS・その他 ] 検査名(その他): ( ) DQまたはIQ値: ( )										
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施・実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )			ACADM遺伝子異常: [ なし・あり ]				
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	L-カルニチン: [ なし・あり ] 薬物療法(その他): ( )										

栄養管理	非加熱コーンスターチ：[ 未実施 ・ 実施 ] 栄養管理 (その他)：( )	異化亢進予防の指導：[ 未実施 ・ 実施 ]
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 ( )