

告示番号		48		先天性代謝異常		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
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 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													
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: ( )												
その他	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・ビネー式 ・ 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 ]							
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	L-カルニチン: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )												

告示番号 <b>48</b>		先天性代謝異常 ( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		<b>2/2</b>		
栄養管理	非加熱コーンスターチ：[ 未実施 ・ 実施 ]			異化亢進予防の指導：[ 未実施 ・ 実施 ]						
	栄養管理 (その他)：( )									
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						
				小児慢性特定疾病 指定医番号 (	)					