

告示番号	47	先天性代謝異常	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/3	
病名	46 短鎖アシルCoA脱水素酵素欠損症				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g		出生週数	在胎 週	日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳	か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		
		年 月 日	年 月 日		BMI	%	
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	治療 ・ 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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載							
最終受診日	(年 月 日)						
診断	新生児マススクリーニングで発見:[いいえ ・ はい] マススクリーニングを受けた所:都道府県 () 市区町村 () ・ 海外 ・ 不明						
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]		易感染性: [なし ・ あり]			
	呼吸器・循環器	咳嗽・喘鳴: [なし ・ あり] 心筋障害: [なし ・ あり]		心臓弁膜症: [なし ・ あり] 肥大型心筋症: [なし ・ あり]		気管狭窄: [なし ・ あり]	
	筋・骨格	病的骨折: [なし ・ あり] 筋緊張低下: [なし ・ あり]		骨変形: [なし ・ あり] 筋萎縮: [なし ・ あり]		関節拘縮: [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] 痙攣: [なし ・ あり]					
		小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] カタレプシー: [なし ・ あり]					
		不随意運動: ミオクローヌス: [なし ・ あり ・ 不明]		ジストニア: [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] 視神経萎縮: [なし ・ あり]		白内障: [なし ・ あり]		視力低下: [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): ()						
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]		易感染性: [なし ・ あり]			
	呼吸器・循環器	咳嗽・喘鳴: [なし ・ あり] 心筋障害: [なし ・ あり]		心臓弁膜症: [なし ・ あり] 肥大型心筋症: [なし ・ あり]		気管狭窄: [なし ・ あり]	
	筋・骨格	病的骨折: [なし ・ あり] 筋緊張低下: [なし ・ あり]		骨変形: [なし ・ あり] 筋萎縮: [なし ・ あり]		関節拘縮: [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] 痙攣: [なし ・ あり]					
		小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] カタレプシー: [なし ・ あり]					
		不随意運動: ミオクローヌス: [なし ・ あり ・ 不明]		ジストニア: [なし ・ あり ・ 不明]			

告示番号		47		先天性代謝異常 ()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/3			
症状	精神・神経	発達障害:[なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症:[なし ・ あり ・ 不明] 発達障害(その他):()				自閉スペクトラム症:[なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症:[なし ・ あり ・ 不明]							
	眼	緑内障:[なし ・ あり] 視神経萎縮:[なし ・ あり]				白内障:[なし ・ あり]				視力低下:[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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
有機酸分析(尿)		エチルマロン酸の排泄増加:[なし ・ あり ・ 不明]											
ニ ア シ ル カ ル 分 析	血清	プチリルカルニチン(C4)の増加:[なし ・ あり ・ 不明]											
	ろ紙血	プチリルカルニチン(C4)の増加:[なし ・ あり ・ 不明]											
酵素活性測定		短鎖アシルCoA脱水素酵素(SCAD)活性:[未実施 ・ 実施] 検体採取部位:[白血球 ・ 培養皮膚線維芽細胞 ・ その他] 測定値:()				実施日:(年 月 日)		基準値:()					
血液検査		AST:()U/L ALT:()U/L アンモニア(NH ₃):これまでの最高値:()μg/dL ・ μmol/L ・ 未実施				CK:これまでの最高値:()U/L							
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]							
遺伝学的検査		遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 遺伝子異常(その他):()				実施日:(年 月 日)		ACADS遺伝子異常:[なし ・ あり]					
検査所見(その他)		検査所見(その他):()											
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載													
ニ ア シ ル カ ル 分 析	血清	プチリルカルニチン(C4)の増加:[なし ・ あり ・ 不明]											
	ろ紙血	プチリルカルニチン(C4)の増加:[なし ・ あり ・ 不明]											
血液検査		AST:()U/L ALT:()U/L アンモニア(NH ₃):最近1年間の最高値:()μg/dL ・ μmol/L ・ 未実施				CK:最近1年間の最高値:()U/L							
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] 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:()				実施日:(年 月 日)		実施時年齢:(歳 か月)					
遺伝学的検査		遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 遺伝子異常(その他):()				実施日:(年 月 日)		ACADS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		薬物療法:[なし ・ あり] 詳細:()											
栄養管理		栄養管理:[未実施 ・ 実施] 詳細:()											
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											
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()											

告示番号	47	先天性代謝異常	()	年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日