

病名	47 三頭酵素欠損症			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	肥満度	%
	年 月 日		年 月 日	年 月 日			

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

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

病型	病型 (三頭酵素欠損症): [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・神経		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]			
	発達障害 (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

アシカルニ 分析	血清	長鎖アシカルニチン (C16, C16:1, C18, C18:1) の増加: [なし ・ あり ・ 不明]
	ろ紙血	C16-OHおよびC18:1-OHの増加: [なし ・ あり ・ 不明]
	血液検査	長鎖アシカルニチン (C16, C16:1, C18, C18:1) の増加: [なし ・ あり ・ 不明]
		C16-OHおよびC18:1-OHの増加: [なし ・ あり ・ 不明]

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 ₃): 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)	
	HADA遺伝子異常: [なし ・ あり]	HADB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): ()

栄養管理	治療用特殊ミルク：必須脂肪酸強化MCTフォーミュラ（721）：[未実施 ・ 実施] 非加熱コーンスターチ：[未実施 ・ 実施] 長鎖脂肪酸摂取制限：[未実施 ・ 実施] 異化亢進の予防の指導：[未実施 ・ 実施]
	市販品のMCTミルク：[未実施 ・ 実施] 種類：()
	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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()