

病名	48 3-ヒドロキシアシル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						(変更があった場合)				
氏名						ふりがな				
(Alphabet)						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	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 ・ 歩歩 ・ 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]		
眼	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										
代謝物測定	代謝物測定① : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		測定物質名 : ()					
	検体採取部位 : ()		測定値 : ()		基準値 : ()					
	代謝物測定② : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		測定物質名 : ()					
検体採取部位 : ()		測定値 : ()		基準値 : ()						
代謝物測定③ : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		測定物質名 : ()						
検体採取部位 : ()		測定値 : ()		基準値 : ()						
酵素活性測定	酵素活性測定① : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		酵素名 : ()					
	検体採取部位 : ()		測定値 : ()		基準値 : ()					
酵素活性測定② : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		酵素名 : ()						
検体採取部位 : ()		測定値 : ()		基準値 : ()						
血液検査	異常を示した血液検査 : [未実施 ・ 実施]									
検査項目名及び測定値 : ()										
病理検査	組織診 : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		部位 : ()					
所見 : ()										
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 : ()										
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 : ()										

告示番号 45 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)		2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
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	ジアゾキシド: [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: ()	
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 ()	