

告示番号		59		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	60 ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症					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										
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・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 ]			不随意運動: [ なし・あり・不明 ]		
	痙攣: [ なし・あり ]		小脳性運動失調: [ 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 ]		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										
酵素活性測定	ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ(GALT) 活性: [ 未実施・実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )				
検査法: ( )		所見: ( )								
血液検査	BUN: ( ) mg/dL		血清クレアチニン: ( ) mg/dL		AST: ( ) U/L		ALT: ( ) U/L			
血清総ビリルビン(T-Bil): ( ) mg/dL										
画像検査	CT検査: [ 未実施・実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )							
	部位: ( )		所見: ( )							
MRI検査: [ 未実施・実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )								
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 )			GALT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): ( )									

告示番号 <b>59</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>	
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	治療用特殊ミルク: ガラクトース除去フォーミュラ (110): [ 未実施 ・ 実施 ]
	市販品の無乳糖ミルク: [ 未実施 ・ 実施 ] 種類: ( )
	乳糖、ガラクトース制限: [ なし ・ あり ] 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 ( )