

<b>告示番号</b>	<b>70</b>	<b>先天性代謝異常</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	----------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	63 フルクトース-1,6-ビスホスファターゼ欠損症					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 ]			
		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: ( )					
酵素活性測定	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: ( )					
血液検査	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: ( )					
血液検査	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: ( )					
病理検査	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 ( ) 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): ( )								
発達・知能指数検査	DQまたはIQ値: ( )										

告示番号 <b>70</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>	
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	薬物療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
栄養管理	果糖制限：[ 未実施 ・ 実施 ] 非加熱コーンスターチ：[ 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 ( )