

告示番号 131		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	77 ムコ多糖症Ⅲ型					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	
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	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									
病型	病型 (ムコ多糖症Ⅲ型) : [A 型 ・ B 型 ・ C 型 ・ D 型]								
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]		心臓弁膜症 : [なし ・ あり]		気管狭窄 : [なし ・ あり]			
		心筋障害 : [なし ・ あり]		肥大型心筋症 : [なし ・ あり]					
	腎・泌尿器	蛋白尿 : [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]		下痢 : [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) : ()								
皮膚・粘膜	異所性蒙古斑 : [なし ・ あり]		被角血管腫 (アンギオケラトーマ) : [なし ・ あり]						
眼	緑内障 : [なし ・ あり]		白内障 : [なし ・ あり]		視力低下 : [なし ・ あり]				
	視神経萎縮 : [なし ・ あり]		角膜混濁 : [なし ・ あり]		Cherry-red spot : [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				
	滲出性中耳炎 : [なし ・ あり]		扁桃またはアデノイドの肥大 : [なし ・ あり]						
その他	巨舌 : [なし ・ あり]		特徴的な顔貌 : [なし ・ あり]						
	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 (尿中)	ヘパラン硫酸 (HS) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)								
	測定値 : ()		基準値 : ()						
酵素活性測定	ヘパラン-N-スルファターゼ活性 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)								
	検体採取部位 : [白血球 ・ 培養皮膚線維芽細胞 ・ その他]		測定値 : ()			基準値 : ()			
	α-N-アセチルグルコサミニダーゼ活性 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)								
	検体採取部位 : [白血球 ・ 培養皮膚線維芽細胞 ・ その他]		測定値 : ()			基準値 : ()			
酵素活性測定	アセチル-CoA : α-グルコサミン-N-アセチルトランスフェラーゼ活性 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)								
	検体採取部位 : [白血球 ・ 培養皮膚線維芽細胞 ・ その他]		測定値 : ()			基準値 : ()			

告示番号 **131** 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**

酵素活性測定	N-アセチルグルコサミン-6-スルファターゼ活性: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		
	検体採取部位: [白血球 ・ 培養皮膚線維芽細胞 ・ その他]		
	測定値: () 基準値: ()		
血液検査	白血球数: ()/μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL
	BUN: ()mg/dL	血清クレアチニン: ()mg/dL	AST: ()U/L
	ALT: ()U/L	CK : ()U/L	酸性ホスファターゼ (ACP): ()U/L ・ 未実施
	アンジオテンシンI変換酵素 (ACE): ()U/L ・ 未実施		
	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	単純X線検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		
	部位: ()		
	所見: ()		
	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・ピネー式 ・ 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)		
	heparan N-sulfatase 遺伝子異常: [なし ・ あり ・ 不明] α-N-acetylglucosaminidase 遺伝子異常: [なし ・ あり ・ 不明]		
	acetyl-CoA: α-glucosaminidase N-acetyltransferase 遺伝子異常: [なし ・ あり ・ 不明]		
	N-acetylglucosamine 6-sulfatase 遺伝子異常: [なし ・ あり ・ 不明]		
	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: ()		
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]		
	詳細: ()		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	酵素補充療法: [未実施 ・ 実施] 導入開始日: (年 月 日)		
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]		
	治療施設: [自施設 ・ 他施設] 他施設名: ()		
	薬物療法 (その他): ()		
呼吸管理	人工呼吸管理: [なし ・ あり] 酸素療法: [なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり]		
	気管切開管理: [なし ・ あり]		
栄養管理	経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり] 中心静脈栄養: [なし ・ あり]		
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日)		
	ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]		
	HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明]		
	HLA抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明]		
	前処置: ()		
	治療施設: [自施設 ・ 他施設] 他施設名: ()		
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]		
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 ()