

告示番号 **134** 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	80 ムコ多糖症Ⅶ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	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												
病型	病型(ムコ多糖症Ⅶ型): [新生児型・中間型・軽症型]											
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)	デルマタン硫酸(DS): [未実施・実施]			実施日: ()年()月()日			測定値: ()			基準値: ()		
	ヘパラン硫酸(HS): [未実施・実施]			実施日: ()年()月()日			測定値: ()			基準値: ()		
	コンドロイチン硫酸(CS): [未実施・実施]			実施日: ()年()月()日			測定値: ()			基準値: ()		
酵素活性測定	β-グルクロナダーゼ活性: [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: ()											

告示番号 **134** 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**

血液検査	白血球数：()/μL BUN：()mg/dL ALT：()U/L アンギオテンシンⅠ変換酵素 (ACE)：()U/L ・ 未実施	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL CK：()U/L	血小板数：()×10 ⁴ /μL AST：()U/L 酸性ホスファターゼ (ACP)：()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] 部位：() 所見：()	実施日：(年 月 日)	()
画像検査	単純X線検査：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()	実施日：(年 月 日)	()
	CT検査：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()	実施日：(年 月 日)	()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()	実施日：(年 月 日)	()
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査：[未実施 ・ 実施] 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：()	実施日：(年 月 日)	実施時年齢：(歳 か月)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 遺伝子異常 (その他)：()	実施日：(年 月 日)	β-glucuronidase遺伝子異常：[なし ・ あり]
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：()		()
出生歴	胎児水腫：[なし ・ あり]		()
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] 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)：()	導入開始日：(年 月 日)	()
呼吸管理	人工呼吸管理：[なし ・ あり] 気管切開管理：[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]
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] ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 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] 前置置：() 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]	実施日：(年 月 日) 移植細胞：[骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]	ex vivo細胞除去：[未実施 ・ 実施 ・ 不明]
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 ()	