

病名	91 ファブリー (Fabry) 病					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 (ファブリー病) : [古典型 ・ 亜型 ・ 顕性ヘテロ接合体]										
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)	グロボトリアオシルセラミド (Gb3) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : () 年 () 月 () 日) 測定値 : () 基準値 : ()										
酵素活性測定	α-ガラクトシダーゼ A 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					
	アンギオテンシン 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 : ()										

尿検査	尿中蛋白量：()mg/dL 尿蛋白量/尿中クレアチニン比：()
病理検査	組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
生理機能検査	心電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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・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) α-galactosidase A 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)：()

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：()
既往歴	脳梗塞の既往：[なし ・ あり] 網膜中心動脈閉塞症の既往：[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] 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：[骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度：[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 (印)
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()