

病名	101 神経セロイドリポフスチン症					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	
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(神経セロイドリポフスチン症): [先天型・乳児型・遅発乳児型・若年型・成人型・非定型]									
身体所見	小頭症(-2.0SD以下): [なし・あり]									
症状	全身	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]			網膜色素変性: [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										
酵素活性測定	パルミトイルプロテインチオエステラーゼ(PPT) 1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: ()									
	トリペプチジルペプチダーゼ(TPP) 1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: ()										
カテプシンD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：()		

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・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)
	CLN1遺伝子異常：[なし ・ あり ・ 不明]	CLN2遺伝子異常：[なし ・ あり ・ 不明]
	CLN10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：[骨髓 ・ 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	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	