

病名	107 ウィルソン (Wilson) 病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
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	治療・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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

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]					
振戦: [なし・あり・不明]												
眼	発達障害: [なし・あり・不明]		自閉症スペクトラム症: [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]		カイザー・フライシャー (Kayser-Fleisher)		角膜輪: [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): ()											

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]					
振戦: [なし・あり・不明]												
眼	発達障害: [なし・あり・不明]		自閉症スペクトラム症: [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]		カイザー・フライシャー (Kayser-Fleisher)		角膜輪: [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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	血清尿酸：()mg/dL 血中遊離銅：()μg/dL	血清セロプラスミン：()mg/dL 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	血清銅 (Cu)：()μg/dL
尿検査	尿中銅 (Cu)：()μg/day		
負荷試験	D-ペニシラミン負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		尿中銅 (Cu)：()μg/day
病理検査	肝生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		肝銅含量：()μg/g乾重量
	所見 (その他)：()		
画像検査	MRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 被殻、尾状核、淡蒼球、小脳歯状核 (+中小脳脚)、視床外側部に左右対称のT2強調高信号：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()		
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		ATP7B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)：()		

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	血清尿酸：()mg/dL 血中遊離銅：()μg/dL	血清セロプラスミン：()mg/dL 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	血清銅 (Cu)：()μg/dL
尿検査	尿中銅 (Cu)：()μg/day		
負荷試験	D-ペニシラミン負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		尿中銅 (Cu)：()μg/day
病理検査	肝生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		肝銅含量：()μg/g乾重量
	所見 (その他)：()		
画像検査	MRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 被殻、尾状核、淡蒼球、小脳歯状核 (+中小脳脚)、視床外側部に左右対称のT2強調高信号：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()		
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) 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：()		実施時年齢：(歳 か月)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		ATP7B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：()
-----	---------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	ビタミンE：[なし ・ あり] トリエンチン：[なし ・ あり] 薬物療法 (その他)：()	D-ペニシラミン：[なし ・ あり] テトラチオモリブデート：[なし ・ あり]	亜鉛：[なし ・ あり]
栄養管理	銅制限：[未実施 ・ 実施] 栄養管理 (その他)：()		
血液浄化	血液浄化法：[未実施 ・ 実施] 回数：()回/年	種類：[持続的血液透析 (CHD) ・ 持続的血液濾過透析 (CHDF) ・ その他]	
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		
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 ()