

病名	107 ウィルソン (Wilson) 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 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(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]								
		精神運動機能の遅行: [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]			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): ()				
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(申請時) ※直近の状況を記載										
血液検査	血清尿酸: ()mg/dL		血清セロプラスミン: ()mg/dL			血清銅(Cu): ()μg/dL				
血中遊離銅: ()μg/dL		直接Coombs試験: [陰性・陽性・不明]								
尿検査	尿中銅(Cu): ()μg/day									
負荷試験	D-パ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 実施時年齢: ()歳()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					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] D-ペニシラミン: [なし ・ あり] 亜鉛: [なし ・ あり] トリエンチン: [なし ・ あり] テトラチオモリブデート: [なし ・ あり] 薬物療法 (その他): ()
------	--

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] 種類: [持続的血液透析 (CHD) ・ 持続的血液濾過透析 (CHDF) ・ その他] 回数: ()回/年
------	---

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	()		