

病名	111 亜硫酸酸化酵素欠損症					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 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											
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]		冠動脈疾患: [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]					
	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]		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): ()										
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]				
	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											
代謝物測定	代謝物測定①: [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		測定物質名: ()		測定値: () 基準値: ()				
	検体採取部位: ()										
	代謝物測定②: [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		測定物質名: ()		測定値: () 基準値: ()				
	検体採取部位: ()										
酵素活性測定	酵素活性測定①: [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		酵素名: ()		測定値: () 基準値: ()				
	検体採取部位: ()										
	酵素活性測定②: [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		酵素名: ()		測定値: () 基準値: ()				
	検体採取部位: ()										
血液検査	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	画像検査: [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		検査名: ()		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 () 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: ()								

告示番号 24		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		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()					
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	薬物療法: [なし ・ あり]		詳細: ()							
栄養管理	含硫アミノ酸制限: [未実施 ・ 実施]		栄養管理 (その他): ()							
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	()					