

告示番号 **73** 先天性代謝異常 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	120 先天性葉酸吸収不全症					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	( )	
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(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 ]			体重増加不良: [ 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 ]					
	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	皮膚・粘膜症状: [ 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 ]			
	視野障害: [ 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	汎血球減少症: [ なし・あり ]			低ガンマグロブリン血症: [ なし・あり ]			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 ]			体重増加不良: [ 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 ]					
	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 ]						

告示番号 <b>73</b>		先天性代謝異常 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2	
症状	精神・神経	発達障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 注意欠如多動症: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 発達障害 (その他): ( )	自閉スペクトラム症: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 限局性学習症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]		
	皮膚・粘膜	皮膚・粘膜症状: [ なし ・ あり ]			
	眼	緑内障: [ なし ・ あり ] 視野障害: [ なし ・ あり ]	白内障: [ なし ・ あり ] 視神経萎縮: [ なし ・ あり ]	視力低下: [ 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	汎血球減少症: [ なし ・ あり ] 低ガンマグロブリン血症: [ なし ・ あり ] 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	ビタミンB12: ( ) pg/mL 葉酸: ( ) ng/mL				
負荷試験	経口葉酸負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 葉酸: 基礎値: ( ) ng/mL		実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 葉酸: 頂値: ( ) ng/mL		
髄液検査	髄液中葉酸: ( ) ng/mL				
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 遺伝子異常 (その他): ( )		実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 SLC46A1遺伝子異常: [ なし ・ あり ]		
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	ビタミンB12: ( ) pg/mL 葉酸: ( ) ng/mL				
負荷試験	経口葉酸負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 葉酸: 基礎値: ( ) ng/mL		実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 葉酸: 頂値: ( ) ng/mL		
髄液検査	髄液中葉酸: ( ) ng/mL				
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 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: ( )		実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 実施時年齢: ( ) 歳 ( ) か月		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 遺伝子異常 (その他): ( )		実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 SLC46A1遺伝子異常: [ なし ・ あり ]		
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	カリ二肺炎: [ なし ・ あり ] 巨赤芽球性貧血: [ なし ・ あり ]				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	フォリン酸: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )				
栄養管理	栄養管理: [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細: ( )				
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		
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		