

告示番号 **74** 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) **1/2**

病名	120に掲げるもののほか、ビタミン代謝異常症 (具体的な疾病名: )					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	%	
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 ]		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 ]			
	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): ( )									
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	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: ( )		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: ( )		検体採取部位: ( )		
	代謝物測定③: [ 未実施・実施 ]		実施日: ( ) 年 月 日		測定物質名: ( )		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: ( )		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: ( )		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 か月 ) 検査名：[ 田中・ヒネー式 ・ 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 ) 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	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 ( )