

病名	126 GABA アミノ基転移酵素欠損症					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		
	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: ( )					
	検体採取部位: ( )	測定値: ( )				基準値: ( )					
	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: ( )	測定値: ( )				基準値: ( )					
	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: ( )	測定値: ( )				基準値: ( )					
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: ( )	測定値: ( )				基準値: ( )					
	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: ( )	測定値: ( )				基準値: ( )					
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・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：( )
-----------	--

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	ビガバトリン (ピニル-GABA)：[ 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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)