

告示番号		84		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〉		1/4	
病名		106 103から105までに掲げるもののほか、ペルオキシソーム病							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日											
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()											
生年月日		年 月 日							性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地		都道府県 () 市区町村 ()											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳 か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI	
												肥満度	%
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 (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													
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)			
症状	全身	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]							
	腎・泌尿器	蛋白尿:[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	異所性蒙古斑:[なし ・ あり]				被角血管腫 (アンギオケラトーマ):[なし ・ あり]								
眼	緑内障:[なし ・ あり]				視力低下:[なし ・ あり]				角膜混濁:[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				
	滲出性中耳炎:[なし ・ あり]				扁桃またはアデノイドの肥大:[なし ・ あり]								
その他	巨舌:[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	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]							
	腎・泌尿器	蛋白尿:[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]								

告示番号	84	先天代謝異常	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	3/4
画像検査	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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：()					
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()					
経過(申請時) ※直近の状況を記載						
薬物療法	酵素補充療法：[未実施 ・ 実施] 導入開始日：(年 月 日) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 治療施設：[自施設 ・ 他施設] 他施設名：() 薬物療法(その他)：()					
呼吸管理	人工呼吸管理：[なし ・ あり] 酸素療法：[なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり]					
栄養管理	経管栄養(腸瘻・胃瘻含む)：[なし ・ あり] 中心静脈栄養：[なし ・ あり]					
移植	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：(年 月 日) ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞：[骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度：[完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置：() 治療施設：[自施設 ・ 他施設] 他施設名：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
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					
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()					
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		
医療機関所在地				診断年月日 年 月 日		
電話番号				診療科		
				医師名		
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

