

告示番号		102		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〉		1/3			
病名		29 3-ヒドロキシ-3-メチルグルタル酸血症								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)				体重 (測定日)		kg ( SD)				BMI			
				年 月 日						年 月 日				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																	
最終受診日		( 年 月 日 )															
病型		病型 (3-ヒドロキシ-3-メチルグルタル酸血症): [ 発症前型 ・ 急性発症型 ]															
診断		新生児マススクリーニングで発見: [ いいえ ・ はい ] マススクリーニングを受けた所: 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) ・ 海外 ・ 不明															
症状	全身	食欲不振: [ なし ・ あり ]															
	呼吸器・循環器	多呼吸: [ なし ・ あり ]								不整脈: [ なし ・ あり ]							
	内分泌・代謝	低血糖: [ なし ・ あり ]								代謝性アシドーシス: [ なし ・ あり ]							
	消化器	肝腫大: [ なし ・ あり ]								悪心・嘔吐: [ 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 ] 意識障害: [ なし ・ あり ] 痙攣: [ なし ・ あり ] 不随意運動: [ 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): ( )															
		その他 症状 (その他): ( )															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
病型		病型 (3-ヒドロキシ-3-メチルグルタル酸血症): [ 発症前型 ・ 急性発症型 ]															
症状	全身	食欲不振: [ なし ・ あり ]															
	呼吸器・循環器	多呼吸: [ なし ・ あり ]								不整脈: [ なし ・ あり ]							
	内分泌・代謝	低血糖: [ なし ・ あり ]								代謝性アシドーシス: [ なし ・ あり ]							
	消化器	肝腫大: [ なし ・ あり ]								悪心・嘔吐: [ 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 ] 意識障害: [ なし ・ あり ] 痙攣: [ なし ・ あり ] 不随意運動: [ 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): ( )															
		その他 症状 (その他): ( )															



上記の通り診断します。

医療機関名  
医療機関所在地  
電話番号

記載年月日                      年                      月                      日  
診断年月日                      年                      月                      日

診療科  
医師名  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
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