

告示番号		100		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		31 スクシニル-CoA：3-ケト酸CoAトランスフェラーゼ（SCOT）欠損症						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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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													
最終受診日		(年 月 日)											
症状	全身	低身長（-2.0SD以下）：[なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	低血糖：[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] 意識障害：[なし ・ あり]											
	眼	痙攣：[なし ・ あり] 小脳性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 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）：()													
耳鼻咽喉	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]				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]								
聴力		聴力障害：[なし ・ あり] 聴力（右）：()dB 聴力（左）：()dB											
その他		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]											
	内分泌・代謝	低血糖：[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] 意識障害：[なし ・ あり]											
	眼	痙攣：[なし ・ あり] 小脳性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 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）：()													
耳鼻咽喉	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]				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]								
聴力		聴力障害：[なし ・ あり] 聴力（右）：()dB 聴力（左）：()dB											
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