

告示番号		94		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		36 アルカプトン尿症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入    → ( )			
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)				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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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 ] 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): (      )											
	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 ]				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												
その他	症状 (その他): (      )												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
有機酸分析 (尿)		ホモゲンチジン酸の排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ]											
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: (      )											
遺伝学的検査		遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: (      年      月      日 )				HGD 遺伝子異常: [ なし ・ あり ]			
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		ニチシノン (NTBC: 2-(2-nitro-4-trifluoromethyl-benzoyl)-1,3-cyclohexanedione): [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): (      )											

