

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〈継続申請用〉		1/3	
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		<div><input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入 → ()</div>			
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													
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]							
	皮膚・粘膜	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	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]								
	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): ()												
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: [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: [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		白血球数: ()/μL				ヘモグロビン (Hb): ()g/dL				血小板数: ()×10 ⁴ /μL			
		BUN: ()mg/dL				血清クレアチニン: ()mg/dL				AST: ()U/L			
		ALT: ()U/L				CK : ()U/L				酸性ホスファターゼ (ACP): ()U/L ・ 未実施			
		アンギオテンシンⅠ変換酵素 (ACE): ()U/L ・ 未実施											
		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: ()											

