

告示番号		52		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		123 チロシン水酸化酵素欠損症						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)				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 (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    ]      易感染性: [    なし    ・    あり    ]											
	呼吸器・ 循環器	咳嗽・喘鳴: [    なし    ・    あり    ]      気管狭窄: [    なし    ・    あり    ]				心臓弁膜症: [    なし    ・    あり    ]      心筋障害: [    なし    ・    あり    ]				冠動脈疾患: [    なし    ・    あり    ]      肥大型心筋症: [    なし    ・    あり    ]			
	筋・骨格	病的骨折: [    なし    ・    あり    ]      筋緊張低下: [    なし    ・    あり    ]				骨変形: [    なし    ・    あり    ]      筋萎縮: [    なし    ・    あり    ]				関節拘縮: [    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    ]      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): (      )											
	眼	緑内障: [    なし    ・    あり    ]      白内障: [    なし    ・    あり    ]      視力低下: [    なし    ・    あり    ]      視神経萎縮: [    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													
代謝物測定		代謝物測定①: [    未実施    ・    実施    ]      検体採取部位: (      )				実施日: (      年      月      日    )      測定値: (      )				測定物質名: (      )      基準値: (      )			
		代謝物測定②: [    未実施    ・    実施    ]      検体採取部位: (      )				実施日: (      年      月      日    )      測定値: (      )				測定物質名: (      )      基準値: (      )			
		代謝物測定③: [    未実施    ・    実施    ]      検体採取部位: (      )				実施日: (      年      月      日    )      測定値: (      )				測定物質名: (      )      基準値: (      )			
酵素活性測定		酵素活性測定①: [    未実施    ・    実施    ]      検体採取部位: (      )				実施日: (      年      月      日    )      測定値: (      )				酵素名: (      )      基準値: (      )			
		酵素活性測定②: [    未実施    ・    実施    ]      検体採取部位: (      )				実施日: (      年      月      日    )      測定値: (      )				酵素名: (      )      基準値: (      )			
血液検査		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: (      )											
病理検査		組織診: [    未実施    ・    実施    ]      実施日: (      年      月      日    )      部位: (      ) 所見: (      )											
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: (      )											

