

告示番号		17		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		1 フェニルケトン尿症（高フェニルアラニン血症）						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)				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 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 (申請時) ※直近の状況を記載													
最終受診日		( 年 月 日 )											
病型		病型 (フェニルケトン尿症): [ フェニルアラニン水酸化酵素 (PAH) 欠損症 ・ BH4欠損症 ・ BH4反応性高フェニルアラニン血症 ]											
症状		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 ]									
				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): ( )									
		皮膚・粘膜		色白や赤毛などの色素欠乏: [ なし ・ あり ]									
		その他		症状 (その他): ( )									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
アミノ酸分析 (血漿)		フェニルアラニン: 最近1年間の最高値: ( )mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL)											
画像検査		MRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 脳萎縮: [ なし ・ あり ] 白質病変: [ なし ・ あり ]											
発達・知能指数検査		発達・知能指数検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 実施時年齢: ( 歳 月 ) 検査名: [ 田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ] 検査名 (その他): ( ) DQまたはIQ値: ( )											
遺伝学的検査		遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) PAH遺伝子異常: [ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他): ( )											
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		天然型BH4製剤サプロプロテリン塩酸塩: [ なし ・ あり ] L-Dopa: [ なし ・ あり ] 5-HTP: [ なし ・ あり ] 葉酸: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )											
栄養管理		治療用特殊ミルク: フェニルアラニン除去ミルク配合散: [ 未実施 ・ 実施 ] 低フェニルアラニンペプチド粉末 (MP-11): [ 未実施 ・ 実施 ] フェニルアラニン無添加総合アミノ酸粉末 (A-1): [ 未実施 ・ 実施 ]											
		自然タンパク制限: [ 未実施 ・ 実施 ] 栄養管理 (その他): ( )											
治療		治療 (その他): ( )											

今後の治療方針	今後の治療方針：（ ）																												
	治療見込み期間（入院）	開始日：（ ）	年	月	日	終了日：（ ）	年	月	日	治療見込み期間（外来）	開始日：（ ）	年	月	日	終了日：（ ）	年	月	日	通院頻度：（ ）回／月										
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校（ 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ） ・ 特別支援学校（ 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ） ・ 高等学校（専攻科を含む） ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ その他（ ）																												
医療機関・医師署名																													
上記の通り診断します。																													
医療機関名										記載年月日										年	月	日							
医療機関所在地										診断年月日										年	月	日							
電話番号																													
										診療科																			
										医師名																			
										小児慢性特定疾病 指定医番号										（ ）									

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