

告示番号		95		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		26 イソ吉草酸血症						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      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		治癒 ・ 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 (イソ吉草酸血症): [ 発症前型 ・ 急性発症型 ・ 慢性進行型 ]											
症状	全身	体重増加不良: [ なし ・ あり ]      食欲不振: [ なし ・ あり ]      骨髄抑制: [ なし ・ あり ]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ]      不整脈: [ なし ・ あり ]											
	内分泌・代謝	低血糖: [ なし ・ あり ]      代謝性アシドーシス: [ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋緊張低下: [ なし ・ あり ]											
	消化器	悪心・嘔吐: [ なし ・ あり ]      急性脾炎: [ 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 ]      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): (      )											
		脳神経障害: [ なし ・ あり ] 詳細: (      )											
		特有の臭気: [ なし ・ あり ]      蛋白質を嫌う食癖: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): (      )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
アシルカルニチン分析 (血中)		イソバレルカルニチン (C5) の増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ]											
血液検査		アンモニア (NH <sub>3</sub> ): 最近1年間の最高値: (      )μg/dL ・ μmol/L ・ 未実施											
血液ガス分析		anion gap: (      )mEq/L											
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      か月 ) 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 )      IVD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		L-カルニチン: [ なし ・ あり ]      グリシン: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): (      )											

