

|                      |                      |  |  |   |  |   |  |                                      |  |   |  |         |  |  |
|----------------------|----------------------|--|--|---|--|---|--|--------------------------------------|--|---|--|---------|--|--|
| 告示番号                 |                      | 56   |  | 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                   |                      | 128 122から127までに掲げるもののほか、神経伝達物質異常症  |  |   |  |   |  | 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 ( )<br>資格取得年月日      年      月      日   |  |   |  |   |  |                                      |  |   |  |         |  |  |
| 氏名                   |                      | (セイメイ)<br>(姓名)   |  |   |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                                  |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重         |                      | 身長<br>(測定日)  |  | cm (      SD)<br><br>年      月      日                |  | 体重<br>(測定日)   |  | kg (      SD)<br><br>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 |                      |  |  |   |  |   |  |                                      |  |   |  |         |  |  |
| 具体的な疾病名              |                      | (      )   |  |   |  |   |  | 最終受診日                                |  | (      年      月      日    )   |  |         |  |  |
| 症<br>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・<br>循環器          | 咳嗽・喘鳴 : [    なし ・ あり    ]<br>気管狭窄 : [    なし ・ あり    ]  |  |   |  | 心臓弁膜症 : [    なし ・ あり    ]<br>心筋障害 : [    なし ・ あり    ] |  |                                      |  | 冠動脈疾患 : [    なし ・ あり    ]<br>肥大型心筋症 : [    なし ・ あり    ]   |  |         |  |  |
|                      | 筋・骨格                 | 病的骨折 : [    なし ・ あり    ]<br>筋緊張低下 : [    なし ・ あり    ]  |  |   |  | 骨変形 : [    なし ・ あり    ]<br>筋萎縮 : [    なし ・ あり    ]    |  |                                      |  | 関節拘縮 : [    なし ・ あり    ]<br>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    ]<br>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    ]<br>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    ]<br>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    ]<br>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    ]<br>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    ]<br>眼球運動障害 : 水平性 : [    なし ・ あり    ]      垂直性 : [    なし ・ あり    ] |   |  |   |  |                                      |  |   |  |         |  |  |
|                      |                      |  | 耳鼻咽喉   |   |  |   |  |                                      |  |   |  |         |  |  |
|                      | その他                  | 聴力障害 : [    なし ・ あり    ]      聴力 (右) : (      )dB      聴力 (左) : (      )dB<br>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    ]      実施日 : (      年      月      日    )      検体採取部位 : (      )      測定値 : (      )      測定物質名 : (      )      基準値 : (      )  |  |   |  |   |  |                                      |  |   |  |         |  |  |
|                      |                      | 代謝物測定② : [    未実施 ・ 実施    ]      実施日 : (      年      月      日    )      検体採取部位 : (      )      測定値 : (      )      測定物質名 : (      )      基準値 : (      )  |  |   |  |   |  |                                      |  |   |  |         |  |  |
|                      |                      | 代謝物測定③ : [    未実施 ・ 実施    ]      実施日 : (      年      月      日    )      検体採取部位 : (      )      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    ]      実施日 : (      年      月      日    )      検体採取部位 : (      )      測定値 : (      )      酵素名 : (      )      基準値 : (      )   |  |   |  |   |  |                                      |  |   |  |         |  |  |
|                      |                      | 酵素活性測定② : [    未実施 ・ 実施    ]      実施日 : (      年      月      日    )      検体採取部位 : (      )      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    ]<br>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 : (      )<br>所見 : (      )  |  |   |  |   |  |                                      |  |   |  |         |  |  |
| 画像検査                 |                      | 画像検査 : [    未実施 ・ 実施    ]      実施日 : (      年      月      日    )      検査名 : (      )<br>部位 : (      )<br>所見 : (      )   |  |   |  |   |  |                                      |  |   |  |         |  |  |

