

告示番号		60		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		61 ガラクトキナーゼ欠損症						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 ]				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 ]							
		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 ]							
		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 ]											
眼		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 ]									
耳鼻咽喉		発達障害 (その他): ( )													
		緑内障: [ なし ・ あり ]				白内障: [ なし ・ あり ]				視力低下: [ なし ・ あり ]					
		視野障害: [ なし ・ あり ]				視神経萎縮: [ なし ・ あり ]				角膜びらん・潰瘍: [ なし ・ あり ]					
その他		眼球運動障害: 水平性: [ なし ・ あり ] 垂直性: [ なし ・ あり ]													
		聴力障害: [ なし ・ あり ] 聴力 (右): ( ) dB 聴力 (左): ( ) dB													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
酵素活性測定		ガラクトキナーゼ (GALK) 活性: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )													
血液検査		BUN: ( )mg/dL 血清クレアチニン: ( )mg/dL AST: ( )U/L ALT: ( )U/L 血清総ビリルビン (T-Bil): ( )mg/dL													
画像検査		CT 検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )													
		MRI 検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )													
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: ( )													

