

告示番号		110		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		39 23から38までに掲げるもののほか、有機酸代謝異常症							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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (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 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													
具体的な疾病名		( )						最終受診日		( 年 月 日 )			
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]											
	内分泌・代謝	低血糖 : [ 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 ] 意識障害 : [ なし ・ あり ]											
		痙攣 : [ なし ・ あり ] 小脳性運動失調 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 不随意運動 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]											
眼	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) : ( )												
耳鼻咽喉	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 ]				角膜混濁 : [ 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		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 ]				実施日 : ( 年 月 日 )				測定物質名 : ( )			
		検体採取部位 : ( )				測定値 : ( )				基準値 : ( )			
		代謝物測定② : [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日 : ( 年 月 日 )				測定物質名 : ( )			
		検体採取部位 : ( )				測定値 : ( )				基準値 : ( )			
酵素活性測定		代謝物測定③ : [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日 : ( 年 月 日 )				測定物質名 : ( )			
		検体採取部位 : ( )				測定値 : ( )				基準値 : ( )			
		酵素活性測定① : [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日 : ( 年 月 日 )				酵素名 : ( )			
		検体採取部位 : ( )				測定値 : ( )				基準値 : ( )			
血液検査		酵素活性測定② : [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日 : ( 年 月 日 )				酵素名 : ( )			
		検体採取部位 : ( )				測定値 : ( )				基準値 : ( )			
血液検査		異常を示した血液検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]											
病理検査		検査項目名及び測定値 : ( )											
組織診		組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )											
画像検査		所見 : ( )											
画像検査		画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 検査名 : ( )											
画像検査		部位 : ( )											
画像検査		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 )											
発達・知能指数検査		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 ]											
発達・知能指数検査		検査名 (その他) : ( )											
発達・知能指数検査		DQまたはIQ値 : ( )											

受給者番号（ ）患者氏名（ ）2025a-001

告示番号	110	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〉	2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )			
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	薬物療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )			
栄養管理	栄養管理：[ 未実施 ・ 実施 ] 詳細：( )			
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 ( )		

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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