

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] リボフラビン：[なし ・ あり] アルギニン：[なし ・ あり] GABAアナログ：[なし ・ あり] 薬物療法（その他）：(
------	---

栄養管理	治療用特殊ミルク：蛋白除去粉乳（S-23）：[未実施 ・ 実施] リジン・トリプトファン除去粉乳（S-30）：[未実施 ・ 実施]
	摂取自然タンパク量：()g/kg/日 栄養管理（その他）：()

血液浄化	血液浄化法：[未実施 ・ 実施] 回数：()回／年	種類：[持続的血液透析（CHD） ・ 持続的血液濾過透析（CHDF） ・ 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	()

・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		