

告示番号		59		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		60 ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症						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]											
		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]			
				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) : ()													
眼		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]					
		眼球運動障害 : 水平性 : [なし ・ あり]				垂直性 : [なし ・ あり]									
耳鼻咽喉		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															
酵素活性測定		ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ (GALT) 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			
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 : ()													
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施]				実施日 : (年 月 日)				GALT 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	薬物療法：[なし ・ あり] 詳細：()
------	----------------------------

栄養管理	治療用特殊ミルク：ガラクトース除去フォーミュラ（110）：[未実施 ・ 実施]
	市販品の無乳糖ミルク：[未実施 ・ 実施]
	種類：（
	乳糖、ガラクトース制限：[なし ・ あり] 栄養管理（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