

病名	6プロリダーゼ欠損症										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重		g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村				
現在の身長・体重		身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI			
			年 月 日				年 月 日			肥満度	%		
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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		治癒 ・ 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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
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) : ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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]											
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) : ()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号 18 先天性代謝異常 （ ） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 2/2

検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

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：()
病理検査	異常を示した血液検査：[未実施 ・ 実施]		
	検査項目名及び測定値：()		
画像検査	組織診：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	部位：()
	所見：()		
遺伝学的検査	画像検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	検査名：()
	部位：()		
遺伝学的検査	所見：()		
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	
検査所見（その他）	所見：()		

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：()
病理検査	異常を示した血液検査：[未実施 ・ 実施]		
	検査項目名及び測定値：()		
画像検査	組織診：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	部位：()
	所見：()		
発達・知能指数検査	画像検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	検査名：()
	部位：()		
発達・知能指数検査	所見：()		
	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)
遺伝学的検査	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]		
	検査名（その他）：()		
遺伝学的検査	DQまたはIQ値：()		
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	
検査所見（その他）	所見：()		

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

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	
医療機関住所	診療科		
	医師名		(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		