

告示番号		28		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		110 無セロプラスミン血症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名					
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ( )					
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 (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 ]			
		消化器		筋緊張亢進 : [ なし ・ あり ]				性質 : [ 痙縮 ・ 固縮 ]							
				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 ]													
		聴力障害 : [ なし ・ あり ] 聴力 (右) : ( ) dB 聴力 (左) : ( ) dB													
画像検査		MRI 検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )													
		所見 : ( )													
発達・知能指数検査		FDG-PET 検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )													
		所見 : ( )													
遺伝学的検査		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 ]													
検査所見 (その他)		検査名 (その他) : ( )													
		DQまたはIQ値 : ( )													
合併症		遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) NBIA4遺伝子異常 : [ なし ・ あり ]													
		遺伝子異常 (その他) : ( )													
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		検査所見 (その他) : ( )													
合併症		糖尿病 : [ なし ・ あり ]													
		合併症 (その他) : ( )													

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	28	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
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
薬物療法	亜鉛：[ なし ・ あり ]      デフェロキサミン：[ なし ・ あり ]      デフェリプロン：[ なし ・ あり ] デフェラシロクス：[ なし ・ あり ]      新鮮凍結血漿 (FFP)：[ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他)：( )					
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 (      )					