

告示番号		30		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〉		1/2			
病名		107から112までに掲げるもののほか、金属代謝異常症 (具体的な疾病名:)								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			
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)		年		月		日		kg (SD)			
												BMI			
												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 (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] 易感染性: [なし ・ あり]											
		呼吸器・循環器		咳嗽・喘鳴: [なし ・ あり]				心臓弁膜症: [なし ・ あり]				冠動脈疾患: [なし ・ あり]			
				気管狭窄: [なし ・ あり]				心筋障害: [なし ・ あり]				肥大型心筋症: [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]				痙攣: [なし ・ あり]			
				小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]				カタレプシー: [なし ・ あり]							
				不随意運動: ミオクローヌス: [なし ・ あり ・ 不明]				ジストニア : [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]					
		眼球運動障害: 水平性: [なし ・ あり]				垂直性: [なし ・ あり]				視神経萎縮: [なし ・ あり]					
その他		聴力障害: [なし ・ あり]				聴力 (右): () dB				聴力 (左): () dB					
		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] 易感染性: [なし ・ あり]											
		呼吸器・循環器		咳嗽・喘鳴: [なし ・ あり]				心臓弁膜症: [なし ・ あり]				冠動脈疾患: [なし ・ あり]			
				気管狭窄: [なし ・ あり]				心筋障害: [なし ・ あり]				肥大型心筋症: [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]				痙攣: [なし ・ あり]			
				小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]				カタレプシー: [なし ・ あり]							
				不随意運動: ミオクローヌス: [なし ・ あり ・ 不明]				ジストニア : [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]					
		眼球運動障害: 水平性: [なし ・ あり]				垂直性: [なし ・ あり]				視神経萎縮: [なし ・ あり]					
その他		聴力障害: [なし ・ あり]				聴力 (右): () dB				聴力 (左): () dB					
		症状 (その他): ()													

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	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：（ ）								
病理検査	組織診：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）			部位：（ ）			
	所見：（ ）								
画像検査	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）	検査所見（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	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：（ ）								
病理検査	組織診：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）			部位：（ ）			
	所見：（ ）								
画像検査	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）：（ ）								
検査所見（その他）	DQまたはIQ値：（ ）								
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）						
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）							