

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--------------------|---|------------------------------|----------------------|-------------------|--|---------------|---------|--|
| 告示番号 | | 99 | | 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 | | 35 原発性高シュウ酸尿症 | | | | | | 受付種別 | | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → () | | | |
| 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) 年 月 日 | | 体重 (測定日) | | kg (SD) 年 月 日 | | 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] | | | |
| | 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): () | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 有機酸分析 (尿) | シュウ酸の排泄増加: [なし ・ あり ・ 不明] グリコール酸の排泄増加: [なし ・ あり ・ 不明] グリセリン酸の排泄増加: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | | |
| 血液検査 | BUN: () mg/dL 血清クレアチニン: () mg/dL 血清尿酸: () mg/dL 血清総蛋白: () g/dL 血清アルブミン: () g/dL 血清シスタチンC: () mg/L ・ 未実施 シュウ酸: () μmol/L ・ 未実施 | | | | | | | | | | | | |
| 尿検査 | 血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数: () 個／視野 | | | | | | | | | | | | |
| | 蛋白尿: [なし ・ あり] | | | | 尿中蛋白量: () mg/dL | | 尿蛋白量／尿中クレアチニン比: () | | | | | | |
| | 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比: () ・ 未実施 | | | | | | 尿中β2ミクログロブリン: () μg/L ・ 未実施 | | | | | | |
| 画像検査 | 超音波検査 (腎・尿路): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| | 所見: () | | | | | | | | | | | | |
| | 腎尿管膀胱単純撮影 (KUB): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| 所見: () | | | | | | | | | | | | | |
| 腎尿路画像検査 (超音波以外): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) | | | | | | | | | | | | | |
| 所見: () | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) AGT 遺伝子異常: [なし ・ あり] GRHPR 遺伝子異常: [なし ・ あり] HOGA1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): () | | | | | | | | | | | | |

受給者番号 () 患者氏名 () 2021a-001

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---------|-----|----|-----------------------|-----|
| 告示番号 | 99 | 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 |
| 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 | サイアザイド系利尿薬：[なし ・ あり] 使用薬剤名：() | | | | | |
| | マグネシウム製剤：[なし ・ あり] ビタミンB6：[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：() | | | | | |
| 血液浄化 | 血液浄化法：[未実施 ・ 実施] 種類：[持続的血液透析（CHD） ・ 持続的血液濾過透析（CHDF） ・ その他] 回数：()回／年 | | | | | |
| 移植 | 肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | | | | |
| | 腎移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 先行的腎移植：[なし ・ あり] | | | | | |
| | 生体腎移植：[なし ・ あり] | | | | | |
| 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 () | | | | | | |