

告示番号		80		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		119 114から118までに掲げるもののほか、プリンピリミジン代謝異常症 (具体的な疾病名:)								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		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] 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]							
		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]		視神経萎縮: [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															
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: ()					
		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: ()					
血液検査		異常を示した血液検査: [未実施 ・ 実施]													
病理検査		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: ()													
		画像検査: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)				検査名: ()					
発達・知能指数検査		部位: ()													
		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)													
		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: ()													

