

告示番号		12		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		9 高メチオニン血症								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)		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 ]					
	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													
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: ( )						
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: ( )												
	所見: ( )												
発達・知能指数検査	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 ]												
	検査名 (その他): ( )												
DQまたはIQ値: ( )													

2021a-001

20210-001

告示番号	12	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
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 ) 所見：(      )						
検査所見（その他）	検査所見（その他）：(      )						
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 (      )			