

告示番号		19		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		8 ホモシスチン尿症								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)		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													
病型		病型 (ホモシスチン尿症) : [ 慢性進行型 ・ ビタミンB6反応型 ]											
症 状	内分泌・代謝		骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ]										
	筋・骨格		骨格異常 : [ 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 ]										
			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 ]										
眼		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) : ( )											
		緑内障 : [ なし ・ あり ] 水晶体亜脱臼 : [ なし ・ あり ]											
その他		症状 (その他) : ( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
アミノ酸分析 (血漿)		メチオニン : 最近1年間の最高値 : ( )mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL) ホモシスチン : 最近1年間の最高値 : ( )mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL)											
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 : ( )											
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) CBS 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) : ( )											
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		葉酸 : [ なし ・ あり ] L-シスチン : [ なし ・ あり ] ピリドキシン : [ なし ・ あり ] ペタイン : [ なし ・ あり ] ビタミンB12 : [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他) : ( )											
栄養管理		治療用特殊ミルク : メチオニン除去粉乳 (S-26) : [ 未実施 ・ 実施 ]											
		自然タンパク制限 : [ 未実施 ・ 実施 ] 栄養管理 (その他) : ( )											
治療		治療 (その他) : ( )											

2021a-001

告示番号	19	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
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	(	)