

|                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |  |                                             |  |                   |  |                       |  |                                                                          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|-------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| 告示番号                                                                            |                                                                                                                                                                          | 78                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 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                                                                              |                                                                                                                                                                          | 117 尿酸トランスポーター異常症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                          |  |                                             |  |                   |  | 受付種別                  |  | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |  |
| 受給者番号                                                                           |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 受診日                                      |  | 年 月 日                                       |  |                   |  |                       |  |                                                                          |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)                                                        |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |  | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | cm ( SD)<br>年 月 日                        |  | 体重<br>(測定日)                                 |  | kg ( SD)<br>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 ] 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 ]<br>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 ]<br>筋緊張低下: [ なし ・ あり ] 筋萎縮: [ なし ・ あり ] 筋力低下: [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>小脳性運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ] カタレプシー: [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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: ( )<br>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: ( )<br>検体採取部位: ( ) 測定値: ( ) 基準値: ( ) |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |  |                                             |  |                   |  |                       |  |                                                                          |  |
| 代謝物測定③: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 測定物質名: ( )<br>検体採取部位: ( ) 測定値: ( ) 基準値: ( ) |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |  |                                             |  |                   |  |                       |  |                                                                          |  |
| 酵素活性測定                                                                          | 酵素活性測定①: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 酵素名: ( )<br>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: ( )<br>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 ]<br>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: ( )<br>所見: ( )                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |  |                                             |  |                   |  |                       |  |                                                                          |  |
| 画像検査                                                                            | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査名: ( )<br>部位: ( )<br>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 )<br>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 ]<br>検査名 (その他): ( )<br>DQまたはIQ値: ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |  |                                             |  |                   |  |                       |  |                                                                          |  |

