

告示番号		9		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		3 高チロシン血症 2 型						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日											
氏名		(セイメイ) (姓)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()											
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日							
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		%	
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		治療 ・ 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													
最終受診日		(年 月 日)											
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]											
	皮膚・粘膜	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) : ()											
皮膚・粘膜	手掌の過剰角化・びらん : [なし ・ あり]				足底の過剰角化・びらん : [なし ・ あり]								
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]				角膜びらん・潰瘍 : [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)		4-ヒドロキシフェニルピルビン酸の排泄増加 : [なし ・ あり ・ 不明] 4-ヒドロキシフェニル乳酸の排泄増加 : [なし ・ あり ・ 不明] 4-ヒドロキシフェニル酢酸の排泄増加 : [なし ・ あり ・ 不明]											
アミノ 酸分析	血漿	チロシン : 最近1年間の最高値 : () mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL)											
	尿	チロシンの排泄増加 : [なし ・ あり ・ 不明]											
酵素活性測定		酵素活性測定 : [未実施 ・ 実施]				実施日 : (年 月 日)		酵素名 : ()		検体採取部位 : ()			
発達・知能指数検査		測定値 : ()				基準値 : ()							
		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)							
検査所見 (その他)		検査所見 (その他) : ()											

受給者番号（

）

患者氏名（

）

2025a-001

告示番号

9

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

薬物療法：[なし ・ あり]
詳細：（

）

栄養管理

治療用特殊ミルク：フェニルアラニン・チロシン除去粉乳（S-1）：[未実施 ・ 実施]
自然タンパク制限：[未実施 ・ 実施]

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

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（

）

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

日

診断年月日

年

月

日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（

）

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日

年

月

日

公費負担者番号

認定結果

[認定 ・ 不認定]

研究同意の有無

[有 ・ 無]

受給者番号

受給者番号（

）

有効期限

年

月

日

階層区分

[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保険情報

保険者番号（

）

被保険者記号（

）

被保険者番号（

）

被保険者個人単位枝番（

）

資格取得年月日

年

月

日