

| 告示番号 | 18 | 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 | 6 プロリダーゼ欠損症 | | | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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) (姓名) | | 以前の登録氏名 (変更のある場合) | (セイメイ) (姓名) | | | |
| 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) | | 体重 (測定日) | kg (SD) | | |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | BMI | % | |
| 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] | |
| 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) : () | | | | | | |
| | 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 : () | | | |
| 酵素活性測定 | 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 : () | | | |
| | 検体採取部位 : () | | 測定値 : () | 基準値 : () | | | |
| 血液検査 | 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 : () | | | |
| 病理検査 | 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 : () | | | |
| 画像検査 | 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 : () | | | | | | |
| 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 | 画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 検査名 : () | | | | | | |
| | 部位 : () | | | | | | |
| 画像検査 | 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・ピネー式 ・ 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 : () | | | | | | | |

| | | | | |
|------------------------|--|---|---|------------|
| 告示番号 18 | | 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] 所見：() | 実施日：() | 年 | 月 |
| 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 | | | |
| 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 | | 記載年月日 | 年 | 月 |
| 医療機関所在地 | | 診断年月日 | 年 | 月 |
| 電話番号 | | | | |
| | | 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 |