

告示番号 20		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	7 メープルシロップ尿症			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)		BMI	
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	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 )							
病型	病型 (メープルシロップ尿症): [ 古典型 ・ 中間型 ・ 間欠型 ・ チアミン反応型 ]							
症状	内分泌・代謝	低血糖: [ なし ・ あり ]			代謝性アシドーシス: [ なし ・ あり ]			
	消化器	悪心・嘔吐: [ 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 ]						
その他	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): ( )							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
アミノ酸分析 (血漿)	ロイシン: 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 )		BCKAD遺伝子異常: [ なし ・ あり ]		
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	チアミン: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )							
栄養管理	治療用特殊ミルク: ロイシン・イソロイシン・パリン除去ミルク配合散: [ 未実施 ・ 実施 ] ロイシン除去フォーミュラ (8003): [ 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): ( )							
移植	肝移植: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )							
治療	治療 (その他): ( )							

告示番号	20	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
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	日					
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日					
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