

<b>告示番号</b>	<b>3</b>	<b>先天性代謝異常 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>		<b>1/3</b>
-------------	----------	--	--	------------

病名	<b>11 N-アセチルグルタミン酸合成酵素欠損症</b>				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI			
		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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
最終受診日	( 年 月 日 )									
病型	病型 (N-アセチルグルタミン酸合成酵素欠損症) : [ 発症前型 ・ 新生児期発症型 ・ 遅発型 ]									
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) : ( )									
耳鼻咽喉	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 ]					
その他	眼球運動障害 : 水平性 : [ なし ・ あり ]		垂直性 : [ なし ・ あり ]							
	聴力障害 : [ なし ・ あり ]		聴力 (右) : ( ) dB		聴力 (左) : ( ) dB					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
病型	病型 (N-アセチルグルタミン酸合成酵素欠損症) : [ 発症前型 ・ 新生児期発症型 ・ 遅発型 ]									
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) : ( )									
耳鼻咽喉	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 ]					
その他	眼球運動障害 : 水平性 : [ なし ・ あり ]		垂直性 : [ なし ・ あり ]							
	聴力障害 : [ なし ・ あり ]		聴力 (右) : ( ) dB		聴力 (左) : ( ) dB					

告示番号 **3** 先天性代謝異常 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載	
有機酸分析 (尿)	オロト酸の排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
アミノ酸分析 (血漿)	シトルリン: これまでの最高値: ( )mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL)
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: ( ) 測定値: ( ) 基準値: ( )
血液検査	アンモニア (NH <sub>3</sub> ): これまでの最高値: ( )μg/dL ・ μmol/L ・ 未実施 血糖値 (空腹時): ( )mg/dL 血糖値 (随時): ( )mg/dL
血液ガス分析	anion gap: ( )mEq/L
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) NAGS 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): ( )
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
アミノ酸分析 (血漿)	シトルリン: 最近1年間の最高値: ( )mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL)
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: ( ) 測定値: ( ) 基準値: ( )
血液検査	アンモニア (NH <sub>3</sub> ): 最近1年間の最高値: ( )μg/dL ・ μmol/L ・ 未実施 血糖値 (空腹時): ( )mg/dL 血糖値 (随時): ( )mg/dL
血液ガス分析	anion gap: ( )mEq/L
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 ) NAGS 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: ( )
家族歴	同胞の突然死: [ なし ・ あり ]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	安息香酸ナトリウム: [ なし ・ あり ] L-アルギニン: [ なし ・ あり ] フェニル酢酸ナトリウム: [ なし ・ あり ] N-カルバミルグルタミン酸: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )
栄養管理	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): ( )
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