

告示番号	5	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	12 カルバミルリン酸合成酵素欠損症				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	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)						
病型	病型 (カルバミルリ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]		
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) : ()							
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							
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 : ()	測定値 : ()		検体採取部位 : ()	基準値 : ()		
血液検査	アンモニア (NH ₃) : 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・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 : ()					
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		CPS1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 : ()						

告示番号	5 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
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]	
栄養管理	自然タンパク制限: [未実施 ・ 実施] 栄養管理 (その他): ()			
血液浄化	血液浄化法: [未実施 ・ 実施] 回数: ()回/年	種類: [持続的血液透析 (CHD) ・ 持続的血液濾過透析 (CHDF) ・ 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): ()			
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)	
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