

告示番号		6		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	16 高アルギニン血症							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	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	治癒 ・ 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 (高アルギニン血症): [ 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 ]					
		筋萎縮: [ なし ・ あり ]			筋力低下: [ なし ・ あり ]			筋緊張低下: [ 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 ]			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 ]			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 ]								
精神・神経	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													
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 )									
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 <b>6</b> 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) <b>2/2</b>	
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 ] フェニル酢酸ナトリウム: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )
栄養管理	治療用特殊ミルク: アルギニン血症用フォーミュラ (8103): [ 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): ( )
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