# 告示番号 7　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〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 18　高オルニチン血症 | 受付種別 | □ 継続　転出実施主体名<br>□ 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（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名）<br>以前の登録氏名（変更のある場合）<br>（セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）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）　年　　月　　日<br>体重（測定日）　kg（　　SD）　年　　月　　日<br>BMI<br>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<br>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<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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：（　　）<br>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：（　　）<br>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：（　　）<br>検体採取部位：（　　）　測定値：（　　）　基準値：（　　） |
| 酵素活性測定 | 酵素活性測定①：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）　酵素名：（　　）<br>検体採取部位：（　　）　測定値：（　　）　基準値：（　　） |
| | 酵素活性測定②：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）　酵素名：（　　）<br>検体採取部位：（　　）　測定値：（　　）　基準値：（　　） |
| 血液検査 | 異常を示した血液検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査項目名及び測定値：（　　） |
| 病理検査 | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）　部位：（　　）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

| 告示番号 | 7 | 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 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| 画像検査 | 画像検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　検査名：（　　）<br>部位：（　　）<br>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　）<br>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　]<br>検査名（その他）：（　　）<br>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　）<br>所見：（　　） |
| 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　]<br>詳細：（　　） |
| 経過（申請時）　※直近の状況を記載 | |
| 薬物療法 | ピリドキシン：[　なし　・　あり　]　L-アルギニン：[　なし　・　あり　]　オルニチン：[　なし　・　あり　]<br>薬物療法（その他）：（　　） |
| 栄養管理 | 治療用特殊ミルク：蛋白除去粉乳（S-23）：[　未実施　・　実施　]<br>高アンモニア血症・シトルリン血症フォーミュラ（7925-A）：[　未実施　・　実施　] |
| | 摂取自然タンパク量：（　　）g/kg/日　アルギニン摂取制限：[　未実施　・　実施　]<br>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　）<br>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）　・<br>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　・<br>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　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |