

| 告示番号 106               |  | 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                     | 24 プロピオン酸血症  |   |                             | 受付種別                        | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日  |   |                             |                             |  |                   |
| 氏名                     | (セイメイ)<br>(姓名)   |   | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)        | (セイメイ)<br>(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<br>(測定日)  | cm ( SD )   |                             | 体重<br>(測定日)                 | kg ( SD )  |                   |
|                        | 年 月 日  | 年 月 日   | 年 月 日                       | 年 月 日                       | 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           |
|                        | 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 (プロピオン酸血症): [ 発症前型 ・ 急性発症型 ・ 慢性進行型 ・ 最軽症型 ]   |   |                             |                             |  |                   |
| 症状                     | 全身   | 食欲不振: [ なし ・ あり ]   |                             | 骨髄抑制: [ なし ・ あり ]           |  |                   |
|                        | 呼吸器・循環器  | 呼吸障害: [ なし ・ あり ]   |                             | 心筋障害: [ なし ・ あり ]           |  |                   |
|                        | 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 ]           |  | 意識障害: [ なし ・ あり ] |
|                        |  | 痙攣: [ なし ・ あり ] 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 ]    |  |                   |
| その他                    | 発達障害 (その他): ( )  |   |                             |                             |  |                   |
|                        | 脳神経障害: [ なし ・ あり ]<br>詳細: ( )  |   |                             |                             |  |                   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載   |  |   |                             |                             |  |                   |
| アシルカルニチン分析 (血中)        | プロピオンカルニチン (C3) の増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ]  |   |                             |                             |  |                   |
| 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 ]<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>PCCA遺伝子異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ] PCCB遺伝子異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>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 ]<br>詳細: ( )  |   |                             |                             |  |                   |
| 経過 (申請時) ※直近の状況を記載     |  |   |                             |                             |  |                   |
| 薬物療法                   | L-カルニチン: [ なし ・ あり ] メトロニダゾール: [ なし ・ あり ] ラクツロース: [ なし ・ あり ]<br>ビタミンB <sub>12</sub> 製剤: [ なし ・ あり ]<br>薬物療法 (その他): ( ) |   |                             |                             |  |                   |

| 告示番号        | 106  | 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 |
|-------------|--|--------------------|----|------------------------|-----|
| 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>イソロイシン・バリン・メチオニン・スレオニン・グリシン除去粉乳 (S-22)：[ 未実施 ・ 実施 ]   |                    |    |                        |     |
|             | 摂取自然タンパク量 [ g/kg/日 ]：( ) 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む)：[ なし ・ あり ]<br>栄養管理 (その他)：( )  |                    |    |                        |     |
| 血液浄化        | 血液浄化法：[ 未実施 ・ 実施 ] 種類：[ 持続的血液透析 (CHD) ・ 持続的血液濾過透析 (CHDF) ・ その他 ]<br>回数：( )回/年  |                    |    |                        |     |
| 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 )<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 ) ・ 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 ( )<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 |