

告示番号 102		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	29 3-ヒドロキシ-3-メチルグルタル酸血症			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		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 (申請時) ※直近の状況を記載								
最終受診日	(年 月 日)							
病型	病型 (3-ヒドロキシ-3-メチルグルタル酸血症) : [発症前型 ・ 急性発症型]							
症状	全身	食欲不振 : [なし ・ あり]						
	呼吸器・循環器	多呼吸 : [なし ・ あり]		不整脈 : [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	肝腫大 : [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] 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]						
その他	発達障害 (その他) : ()							
その他	症状 (その他) : ()							
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)	3-ヒドロキシイソバレルリカルニチン (C5-OH) の増加 : [なし ・ あり ・ 不明]							
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							
血液ガス分析	anion gap : () mEq/L							
生理機能検査	脳波検査 : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)					
画像検査	MRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)			大脳深部白質病変 : [なし ・ あり]		
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)			HMGCL遺伝子異常 : [なし ・ あり]		
遺伝学的検査	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 : ()							

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] 薬物療法 (その他):()
呼吸管理	人工呼吸管理:[なし ・ あり]
栄養管理	治療用特殊ミルク:ロイシン除去フォーミュラ (8003):[未実施 ・ 実施] 蛋白除去粉乳 (S-23):[未実施 ・ 実施]
	摂取自然タンパク量:()g/kg/日 空腹回避:[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] 種類:[持続的血液透析 (CHD) ・ 持続的血液濾過透析 (CHDF) ・ その他] 回数:()回/年
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