

告示番号		97		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		33 グルタル酸血症 1 型						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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 (グルタル酸血症 1 型) : [発症前型 ・ 急性発症型 ・ 慢性進行型]											
身体所見		頭囲拡大 : [なし ・ あり]											
症状	全身	食欲不振 : [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]											
		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) : ()											
		脳神経障害 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		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)		グルタリルカルニチン (C5-DC) の増加 : [なし ・ あり ・ 不明] 遊離カルニチン (C0) の低下 : [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) 所見 : ()											
画像検査		MRI 検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 前頭葉・側頭葉・線状体の萎縮 : [なし ・ あり] Sylvius 裂や側脳室の拡大 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()											
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) GCDH 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：()
-----	---------------------------

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] リボフラビン：[なし ・ あり] アルギニン：[なし ・ あり] GABAアナログ：[なし ・ あり] 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] リジン・トリプトファン除去粉乳（S-30）：[未実施 ・ 実施]
	摂取自然タンパク量：()g/kg/日 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]
------	---------------------------------	---

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	