

告示番号 **99** 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	35 原発性高シュウ酸尿症			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)							
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]						
		移動障害 : [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 歩歩 ・ 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]		
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								
有機酸分析 (尿)	シュウ酸の排泄増加 : [なし ・ あり ・ 不明]			グリコール酸の排泄増加 : [なし ・ あり ・ 不明]				
グリセリン酸の排泄増加 : [なし ・ あり ・ 不明]								
血液検査	BUN : () mg/dL		血清クレアチニン : () mg/dL		血清尿酸 : () mg/dL		血清総蛋白 : () g/dL	
	血清アルブミン : () g/dL		血清シスタチンC : () mg/L ・ 未実施		シュウ酸 : () μmol/L ・ 未実施			
尿検査	血尿 : [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]			赤血球数 : () 個/視野				
	蛋白尿 : [なし ・ あり]		尿中蛋白量 : () mg/dL		尿蛋白量/尿中クレアチニン比 : ()			
	尿中カルシウム/尿中クレアチニン比 : () ・ 未実施			尿中β2ミクログロブリン : () μg/L ・ 未実施				
画像検査	超音波検査 (腎・尿路) : [未実施 ・ 実施]			実施日 : (年 月 日)				
	所見 : ()							
	腎尿管膀胱単純撮影 (KUB) : [未実施 ・ 実施]			実施日 : (年 月 日)				
所見 : ()								
腎尿路画像検査 (超音波以外) : [未実施 ・ 実施]			実施日 : (年 月 日)					
所見 : ()								
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施]			実施日 : (年 月 日)				
	AGT 遺伝子異常 : [なし ・ あり]		GRHPR 遺伝子異常 : [なし ・ あり]		HOGA1 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) : ()							

告示番号 99		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
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	サイアザイド系利尿薬: [なし ・ あり] 使用薬剤名: ()			
	マグネシウム製剤: [なし ・ あり] ビタミンB ₆ : [なし ・ あり] 薬物療法 (その他): ()			
栄養管理	栄養管理: [未実施 ・ 実施] 詳細: ()			
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			
移植	肝移植: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)			
	腎移植: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 先行的腎移植: [なし ・ あり] 生体腎移植: [なし ・ あり]			
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