

告示番号	94	先天性代謝異常	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/3	
病名	36 アルカプトン尿症				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載							
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 ・ 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]		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]		発達障害 (その他): ()		限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]			
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): ()						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
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 ・ 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]		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]		発達障害 (その他): ()		限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]			

告示番号 **94** 先天性代謝異常 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

症状	眼	緑内障:[なし ・ あり] 視野障害:[なし ・ あり]	白内障:[なし ・ あり] 視神経萎縮:[なし ・ あり]	視力低下:[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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載				
	有機酸分析(尿)	ホモゲンチジン酸の排泄増加:[なし ・ あり ・ 不明]		
	画像検査	画像検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 検査名:() 部位:() 所見:()		
	遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) HGD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):()		
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載				
	有機酸分析(尿)	ホモゲンチジン酸の排泄増加:[なし ・ あり ・ 不明]		
	画像検査	画像検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 検査名:() 部位:() 所見:()		
	遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) HGD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	ニチシノン (NTBC: 2-(2-nitro-4-trifluoromethyl-benzoyl)-1,3-cyclohexanedione): [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:()		
	リハビリテーション	理学療法:[未実施 ・ 実施]		
	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		
	手術	人工関節置換術:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:(年 月 日)		
		手術(その他):[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:(年 月 日) 術式:()		
	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
	医療機関所在地	診断年月日	年	月
	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