

告示番号 <b>96</b>		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	<b>37 グリセロール尿症</b>			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 月 日			
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
		年 月 日		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 )					
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 ]	
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 ]			
	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 ]		
耳鼻咽喉	眼球運動障害: 水平性: [ なし ・ あり ]		垂直性: [ なし ・ あり ]			
	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)	グリセロールの排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					
血液検査	血清Na: ( )mEq/L	AST: ( )U/L	ALT: ( )U/L	CK: 最近1年間の最高値: ( )U/L アンモニア (NH <sub>3</sub> ): 最近1年間の最高値: ( )μg/dL ・ μmol/L ・ 未実施		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )	GK遺伝子異常: [ なし ・ あり ]		
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	薬物療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
栄養管理	栄養管理: [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細: ( )					

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