

告示番号		92		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〉		1/3	
病名		56 ミトコンドリアDNA突然変異(リー(Leigh)症候群,MELAS及びMERRFを含む。)						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)				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) 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] 重症貧血 (Hb ≤6g/dL): [なし ・ あり] 凝固能低下: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	不整脈:心伝導障害: [なし ・ あり] 心筋症: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	糸球体硬化: [なし ・ あり] 腎尿細管異常: [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	低血糖: [なし ・ あり] 糖尿病: [なし ・ あり] 甲状腺機能低下: [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 (進行性): [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] 肝機能障害 (AST ≥200 U/L、ALT ≥200 U/L): [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] 記憶力低下: [なし ・ あり]											
		手足のしびれ: [なし ・ あり] 麻痺 (一過性): [なし ・ あり]											
	不随意運動:ミオクローヌス: [なし ・ あり ・ 不明] ジストニア : [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]												
	視神経萎縮: [なし ・ あり] 角膜混濁: [なし ・ あり] 外眼筋麻痺: [なし ・ あり]												
	網膜色素変性: [なし ・ あり]												
	視野障害: [なし ・ あり] 半盲: [なし ・ あり]												
耳鼻咽喉	視野欠損:皮質盲: [なし ・ あり]												
	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	感音性難聴: [なし ・ あり]												
	症状 (その他): ()												
	検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
	血液検査	白血球数: ()/μL 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL											
		血小板数: ()×10 ⁴ /μL BUN: ()mg/dL 血清クレアチニン: ()mg/dL											
AST: ()U/L ALT: ()U/L													
血糖値 (空腹時): ()mg/dL 血糖値 (随時): ()mg/dL 血糖値 (OGTT 2時間値): ()mg/dL													
アンモニア (NH ₃): 最近1年間の最高値: ()μg/dL ・ μmol/L ・ 未実施 基準値 (自): ()μg/dL・μmol/L 基準値 (至): ()μg/dL・μmol/L													
乳酸: 最近1年間の最高値: ()mg/dL 基準値 (自): ()mg/dL 基準値 (至): ()mg/dL													
ビルビン酸: 最近1年間の最高値: ()mg/dL 基準値 (自): ()mg/dL 基準値 (至): ()mg/dL													

