

告示番号 <b>57</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>59 遺伝性フルクトース不耐症</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 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 ・ 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) : ( )							
	緑内障 : [ なし ・ あり ]		白内障 : [ なし ・ あり ]		視力低下 : [ なし ・ あり ]		角膜混濁 : [ なし ・ あり ]	
視野障害 : [ なし ・ あり ]		視神経萎縮 : [ 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								
代謝物測定	代謝物測定① : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日 : ( 年 月 日 )	測定物質名 : ( )		測定値 : ( )		
	検体採取部位 : ( )		測定値 : ( )		基準値 : ( )			
	代謝物測定② : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日 : ( 年 月 日 )	測定物質名 : ( )		測定値 : ( )		
酵素活性測定	検体採取部位 : ( )		測定値 : ( )		基準値 : ( )			
	代謝物測定③ : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日 : ( 年 月 日 )	測定物質名 : ( )		測定値 : ( )		
	検体採取部位 : ( )		測定値 : ( )		基準値 : ( )			
血液検査	酵素活性測定① : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日 : ( 年 月 日 )	酵素名 : ( )		測定値 : ( )		
	検体採取部位 : ( )		測定値 : ( )		基準値 : ( )			
病理検査	酵素活性測定② : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日 : ( 年 月 日 )	酵素名 : ( )		測定値 : ( )		
	検体採取部位 : ( )		測定値 : ( )		基準値 : ( )			
画像検査	異常を示した血液検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]							
	検査項目名及び測定値 : ( )							
画像検査	組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日 : ( 年 月 日 )	部位 : ( )				
	所見 : ( )							
画像検査	画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日 : ( 年 月 日 )	検査名 : ( )				
	部位 : ( )							
画像検査	所見 : ( )							
	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 )							
発達・知能指数検査	検査名 : [ 田中・ピネー式 ・ 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 : ( )								

告示番号	57	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
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		
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