

告示番号 66		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	69 糖原病V型			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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
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	運動不耐 : [なし ・ あり]		ミオグロビン尿 : [なし ・ あり]			
	症状 (その他) : ()					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
酵素活性測定	グリコーゲンホスホリラーゼ活性 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()					
血液検査	BUN : () mg/dL	血清クレアチニン : () mg/dL	血清尿酸 : () mg/dL	血清アルブミン : () g/dL		
	AST : () U/L	ALT : () U/L	血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL			
	PT : () 秒 ・ %	PT-INR : ()	APTT : () 秒	血清ミオグロビン : () ng/mL ・ 未実施		
尿検査	尿中ミオグロビン : () ng/mL ・ 未実施					
負荷試験	前腕運動負荷試験 : [未実施 ・ 実施]		乳酸・ピルビン酸の上昇 : [なし ・ あり]			
病理検査	筋生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)		グリコーゲンの著明な蓄積 : [なし ・ あり]			
	ホスホリラーゼ染色 : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		所見 (その他) : ()			
発達・知能指数検査	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)			
	検査名 : [田中・ビネー式 ・ 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 : ()					
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)		PYGM遺伝子異常 : [なし ・ あり]			
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()					

告示番号 66 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: ()
既往歴	横紋筋融解: [なし ・ あり]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	ビタミンB6: [なし ・ あり] クレアチン: [なし ・ あり] ラミプリル: [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
手術	脾摘出術: [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 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