

告示番号 <b>112</b>		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)		1/4		
病名	<b>88 異染性白質ジストロフィー</b>			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		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 )							
病型	病型 (異染性白質ジストロフィー): [ 後期乳児型 ・ 若年型 ・ 成人型 ・ サボシンB欠損症 ]							
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]		易感染性: [ なし ・ あり ]				
	呼吸器・循環器	咳嗽・喘鳴: [ なし ・ あり ]		心臓弁膜症: [ なし ・ あり ]		気管狭窄: [ なし ・ あり ]		
		心筋障害: [ なし ・ あり ]		肥大型心筋症: [ なし ・ あり ]				
	腎・泌尿器	蛋白尿: [ 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 ]		下痢: [ 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 ・ 独立歩行 ・ 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 ]		痙攣: [ なし ・ あり ]		
		小脳性運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ]		カタレプシー: [ 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): ( )							
皮膚・粘膜	異所性蒙古斑: [ なし ・ あり ]		被角血管腫 (アンギオケラトーマ): [ なし ・ あり ]					
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 ]		Cherry-red spot: [ 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			
	滲出性中耳炎: [ なし ・ あり ]		扁桃またはアデノイドの肥大: [ なし ・ あり ]					
その他	巨舌: [ なし ・ あり ]		特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ]					
	症状 (その他): ( )							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
病型	病型 (異染性白質ジストロフィー): [ 後期乳児型 ・ 若年型 ・ 成人型 ・ サボシンB欠損症 ]							
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]		易感染性: [ なし ・ あり ]				
	呼吸器・循環器	咳嗽・喘鳴: [ なし ・ あり ]		心臓弁膜症: [ なし ・ あり ]		気管狭窄: [ なし ・ あり ]		
		心筋障害: [ なし ・ あり ]		肥大型心筋症: [ なし ・ あり ]				
	腎・泌尿器	蛋白尿: [ 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 ]		下痢: [ なし ・ あり ]			

告示番号 **112** 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) **2/4**

症状	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 ]      痙攣: [ なし ・ あり ] 小脳性運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ]      カタレプシー: [ 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): ( )
	皮膚・粘膜	異所性蒙古斑: [ なし ・ あり ]      被角血管腫 (アンギオケラトーマ): [ なし ・ あり ]
	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 ]      Cherry-red spot: [ 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 滲出性中耳炎: [ なし ・ あり ]      扁桃またはアデノイドの肥大: [ なし ・ あり ]
その他	巨舌: [ なし ・ あり ]      特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ] 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

代謝物測定 (尿中)	スルファチド: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 測定値: ( )      基準値: ( )
酵素活性測定	アрилスルファターゼA 活性: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 検体採取部位: [ 白血球 ・ 培養皮膚線維芽細胞 ・ その他 ] 測定値: ( )      基準値: ( )
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L      ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL      血小板数: ( ) $\times 10^4$ / $\mu$ L BUN: ( ) mg/dL      血清クレアチニン: ( ) mg/dL      AST: ( ) U/L ALT: ( ) U/L      CK : ( ) U/L      酸性ホスファターゼ (ACP): ( ) U/L ・ 未実施 アンギオテンシンI変換酵素 (ACE): ( ) U/L ・ 未実施 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: ( )
髄液検査	髄液中総蛋白: ( ) mg/dL ・ 未実施      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )
病理検査	組織診: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 部位: ( ) ) 所見: ( ) )
生理機能検査	神経伝導検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )      伝導速度: [ 正常 ・ 遅延 ]
画像検査	単純X線検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 部位: ( ) ) 所見: ( ) )
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 部位: ( ) ) 所見: ( ) )
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 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 ) ARSA遺伝子異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ]      サボシンB遺伝子異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 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

代謝物測定 (尿中)	スルファチド: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 測定値: ( )      基準値: ( )
酵素活性測定	アрилスルファターゼA 活性: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 検体採取部位: [ 白血球 ・ 培養皮膚線維芽細胞 ・ その他 ] 測定値: ( )      基準値: ( )
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L      ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL      血小板数: ( ) $\times 10^4$ / $\mu$ L BUN: ( ) mg/dL      血清クレアチニン: ( ) mg/dL      AST: ( ) U/L ALT: ( ) U/L      CK : ( ) U/L      酸性ホスファターゼ (ACP): ( ) U/L ・ 未実施 アンギオテンシンI変換酵素 (ACE): ( ) U/L ・ 未実施 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: ( )
髄液検査	髄液中総蛋白: ( ) mg/dL ・ 未実施      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )
病理検査	組織診: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 部位: ( ) ) 所見: ( ) )
生理機能検査	神経伝導検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )      伝導速度: [ 正常 ・ 遅延 ]

告示番号	112	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)	3/4
画像検査	単純X線検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
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 )		
遺伝学的検査	ARS A遺伝子異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	サポシンB遺伝子異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ]			
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 ]				
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	酵素補充療法: [ 未実施 ・ 実施 ]	導入開始日: ( 年 月 日 )			
呼吸管理	人工呼吸管理: [ なし ・ あり ]	酸素療法: [ なし ・ あり ]	非侵襲的陽圧換気療法: [ なし ・ あり ]		
栄養管理	経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [ なし ・ あり ]	中心静脈栄養: [ なし ・ あり ]			
移植	造血幹細胞移植: [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
治療	治療 (その他): ( )				
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )				
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