

告示番号	84	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	106 103から105までに掲げるもののほか、ペルオキシソーム病				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		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							
具体的な疾病名	()			最終受診日	(年 月 日)		
症状	全身	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]		視力低下: [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			
	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]						
	症状 (その他): ()						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
症状	全身	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]			

告示番号		84		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	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]						
	皮膚・粘膜	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	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]						
		緑内障:[なし ・ あり]		視力低下:[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	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]							
	巨舌:[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	代謝物測定:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日							
	測定物質名:()		検体採取部位:()		測定値:()		基準値:()			
酵素活性測定	酵素活性測定:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日							
	酵素名:()		検体採取部位:()		測定値:()		基準値:()			
血液検査	白血球数:()/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		酸性ホスファターゼ (ACP):()U/L ・ 未実施	
病理検査	ALT:()U/L		CK : ()U/L		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:()							
画像検査	組織診:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日		肺浸潤:[なし ・ あり]					
	部位:()		所見 (その他):()							
遺伝学的検査	単純X線検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日							
	部位:()		所見:()							
検査所見 (その他)	CT検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日							
	部位:()		所見:()							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	MRI検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日							
	部位:()		所見:()							
代謝物測定	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日							
	所見:()									
代謝物測定	検査所見 (その他):()									
代謝物測定	代謝物測定:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日							
	測定物質名:()		検体採取部位:()		測定値:()		基準値:()			
酵素活性測定	酵素活性測定:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日							
	酵素名:()		検体採取部位:()		測定値:()		基準値:()			
血液検査	白血球数:()/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		酸性ホスファターゼ (ACP):()U/L ・ 未実施	
病理検査	ALT:()U/L		CK : ()U/L		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:()							
画像検査	組織診:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日		肺浸潤:[なし ・ あり]					
	部位:()		所見 (その他):()							
検査所見 (その他)	単純X線検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日							
	部位:()		所見:()							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	CT検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:()年()月()日							
	部位:()		所見:()							

告示番号 **84** 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	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
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) 所見: ()
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: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()
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) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 治療施設: [自施設 ・ 他施設] 他施設名: () 薬物療法 (その他): ()
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] 気管切開管理: [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) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置: () 治療施設: [自施設 ・ 他施設] 他施設名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
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