

告示番号 28		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	110 無セルロプラスミン血症			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 ・ 独立歩 ・ 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	症状 (その他) : ( )							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
血液検査	血清セルロプラスミン : ( ) mg/dL		血清鉄 (Fe) : ( ) µg/dL		血清銅 (Cu) : ( ) µg/dL			
フェリチン : ( ) ng/mL		未実施						
画像検査	MRI 検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日 : ( 年 月 日 )					
	所見 : ( )							
FDG-PET 検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )							
	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・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 : ( )						
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日 : ( 年 月 日 )		NBIA4遺伝子異常 : [ なし ・ あり ]			
遺伝子異常 (その他) : ( )								
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	糖尿病 : [ なし ・ あり ]							
合併症 (その他) : ( )								

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	亜鉛:[ なし ・ あり ] デフェラシロクス:[ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他):( )	デフェロキサミン:[ なし ・ あり ] 新鮮凍結血漿 (FFP):[ なし ・ あり ]	デフェリプロン:[ なし ・ あり ]
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