

告示番号		54		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	122 ビオプテリン代謝異常症							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	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]			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]			冠動脈疾患: [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]					
	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]			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): ()													
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]				
	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: ()								
	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: ()								
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: ()									
検体採取部位: ()		測定値: ()		基準値: ()									
酵素活性測定	酵素活性測定①: [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: ()								
酵素活性測定②: [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	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: ()													
病理検査	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: ()												
所見: ()													

告示番号	54	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
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：()			
経過(申請時) ※直近の状況を記載				
薬物療法	L-Dopa：[なし ・ あり] 5-HTP：[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：()			
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