

告示番号		26		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		109 オクシピタル・ホーン症候群						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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		治癒 ・ 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													
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	膀胱憩室 : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	低血糖 : [なし ・ あり]					骨粗鬆症 : [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]			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]			
	眼	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) : ()													
耳	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]												
耳鼻咽喉	視神経萎縮 : [なし ・ あり]					角膜混濁 : [なし ・ あり]							
その他	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												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血清セロプラスミン : () mg/dL					血清銅 (Cu) : () μg/dL						
病理検査		培養皮膚線維芽細胞の銅濃度測定 : [未実施 ・ 実施]					実施日 : (年 月 日)			銅濃度 : () ng/mg蛋白			
画像検査		単純X線検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]					実施日 : (年 月 日)			後頭骨に角様の突起 : [なし ・ あり]			
		所見 (その他) : ()											
発達・知能指数検査		MRA 検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]					実施日 : (年 月 日)			血管蛇行 : [なし ・ あり]			
		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) : ()											
遺伝学的検査		DQまたはIQ値 : ()											
		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施]					実施日 : (年 月 日)			ATP7A遺伝子異常 : [なし ・ あり]			
検査所見 (その他)		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		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
既往歴		繰り返す尿路感染症 : [なし ・ あり]											

2021a-001

上記の通り診断します。				
医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関住所	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()