

告示番号		98		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		34 グルタル酸血症 2 型						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] 易感染性: [なし ・ あり] 易疲労性: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	咳嗽・喘鳴: [なし ・ あり] 不整脈: [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]											
	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] 筋痛: [なし ・ あり] ミオパチー: [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] 消化器症状: [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													
アシルカルニチン分析 (血中)		デカノイルカルニチン (C10) の増加: [なし ・ あり ・ 不明] 短鎖〜長鎖アシルカルニチンの広範な増加: [なし ・ あり ・ 不明]											
血液検査		アンモニア (NH ₃): 最近1年間の最高値: () μg/dL ・ μmol/L ・ 未実施											
血液ガス分析		anion gap: () mEq/L											
生理機能検査		脳波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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: ()											
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) ETFA 遺伝子異常: [なし ・ あり ・ 不明] ETFB 遺伝子異常: [なし ・ あり ・ 不明] ETFDH 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): ()											

受給者番号 () 患者氏名 () 2021a-001

告示番号 98

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

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-カルニチン：[なし ・ あり] リボフラビン：[なし ・ あり]
薬物療法（その他）：()

栄養管理

自然タンパク制限：[未実施 ・ 実施] 非加熱コーンスターチ：[未実施 ・ 実施]
栄養管理（その他）：()

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

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関住所

記載年月日

年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()