

告示番号		39		内分泌疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	83 脂肪異常栄養症 (脂肪萎縮症)					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	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										
最終受診日	(年 月 日)									
症状	全身	先端巨大症様症状: [なし ・ あり]			脂肪萎縮 (全身性): [なし ・ あり]		脂肪萎縮 (部分性): [なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	思春期早発: [なし ・ あり]			高脂血症: [なし ・ あり]		インスリン抵抗性: [なし ・ あり]			
	消化器	肝腫: [なし ・ あり]								
	筋・骨格	骨嚢胞: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	多毛症: [なし ・ あり]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]								
	その他	症状 (その他): ()								
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	先端巨大症様症状: [なし ・ あり]			脂肪萎縮 (全身性): [なし ・ あり]		脂肪萎縮 (部分性): [なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	思春期早発: [なし ・ あり]			高脂血症: [なし ・ あり]		インスリン抵抗性: [なし ・ あり]			
	消化器	肝腫: [なし ・ あり]								
	筋・骨格	骨嚢胞: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	多毛症: [なし ・ あり]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]								
	その他	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										
血液検査	AST: ()U/L		ALT: ()U/L		中性脂肪 (TG): ()mg/dL		総コレステロール: ()mg/dL			
	インスリン (IRI): ()μU/mL		HbA _{1c} : ()%		血糖値 (随時): ()mg/dL					
	抗核抗体: ()倍・未実施		C3: ()mg/dL							
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)						
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
血液検査	AST: ()U/L		ALT: ()U/L		中性脂肪 (TG): ()mg/dL		総コレステロール: ()mg/dL			
	インスリン (IRI): ()μU/mL		HbA _{1c} : ()%		血糖値 (随時): ()mg/dL					
	抗核抗体: ()倍・未実施		C3: ()mg/dL							
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)						
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	自己免疫疾患:[なし ・ あり] HIV 感染症:[なし ・ あり] 合併症 (その他):()	膜性増殖性糸球体腎炎:[なし ・ あり]	肥大型心筋症:[なし ・ あり]
-----	--	------------------------	--------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法:[なし ・ あり] 詳細:()
	機能抑制療法:[なし ・ あり] 詳細:()
	薬物療法 (その他):()
手術	手術:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:(年 月 日) 術式:()
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