

|  |   |                                     |                         |                     |   |                     |                             |           |           |      |
|--|---|-------------------------------------|-------------------------|---------------------|---|---------------------|-----------------------------|-----------|-----------|------|
| 病名                                     | <b>83 脂肪異常養症 (脂肪萎縮症)</b>  |                                     |                         |                     |   | 受付種別                | <input type="checkbox"/> 新規 |           |           |      |
| 受給者番号                                  |   | 受診日                                 | 年                       | 月                   | 日   |                     |                             |           |           |      |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)               |   |                                     |                         |                     | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重                           | 身長<br>(測定日)   | cm ( SD)                            |                         |                     | 体重<br>(測定日)                                 | kg ( SD)            |                             |           | BMI       |      |
|  | 年   | 月                                   | 日                       | 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(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 |   |                                     |                         |                     |   |                     |                             |           |           |      |
| 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 <sub>1c</sub> :( )% |                     | 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 <sub>1c</sub> :( )% |                     | 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 ]<br>HIV 感染症: [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>詳細: ( )                            |
|         | 機能抑制療法: [ なし ・ あり ]<br>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 )<br>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 |

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

医療機関住所

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )