

病名	83 脂肪異常養症 (脂肪萎縮症)					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	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 (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]			膜性増殖性糸球体腎炎 : [なし ・ あり]			肥大型心筋症 : [なし ・ あり]							
	HIV 感染症 : [なし ・ あり]													
	合併症 (その他) : ()													
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)										
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)	

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 ()