

病名	<b>98 酸性リパーゼ欠損症</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 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	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

**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**

病型	病型 (酸性リパーゼ欠損症): [ ウォルマン (Wolman) 病 ・ コレステロールエステル蓄積症 ]			
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]		
	呼吸器・循環器	咳嗽・喘鳴: [ なし ・ あり ] 心筋障害: [ なし ・ あり ]	心臓弁膜症: [ なし ・ あり ] 肥大型心筋症: [ なし ・ あり ]	
	腎・泌尿器	蛋白尿: [ なし ・ あり ]		
	内分泌・代謝	副腎石灰化: [ なし ・ あり ] 脂質異常症: [ なし ・ あり ]		
	筋・骨格	病的骨折: [ なし ・ あり ] 筋緊張低下: [ なし ・ あり ]	骨変形: [ なし ・ あり ] 筋萎縮: [ なし ・ あり ]	関節拘縮: [ 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 ]	下痢: [ 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 ]		
	皮膚・粘膜	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 ]
	眼	異所性蒙古斑: [ なし ・ あり ]		被角血管腫 (アンギオケラトーマ): [ なし ・ あり ]
緑内障: [ なし ・ あり ]		視力低下: [ なし ・ あり ]	角膜混濁: [ なし ・ あり ]	
耳鼻咽喉	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	
その他	滲出性中耳炎: [ なし ・ あり ]		扁桃またはアデノイドの肥大: [ なし ・ あり ]	
	巨舌: [ なし ・ あり ]		特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ]	
症状 (その他): ( )				

**臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

病型	病型 (酸性リパーゼ欠損症): [ ウォルマン (Wolman) 病 ・ コレステロールエステル蓄積症 ]			
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]		
	呼吸器・循環器	咳嗽・喘鳴: [ なし ・ あり ] 心筋障害: [ なし ・ あり ]	心臓弁膜症: [ なし ・ あり ] 肥大型心筋症: [ なし ・ あり ]	
	腎・泌尿器	蛋白尿: [ なし ・ あり ]		
	内分泌・代謝	副腎石灰化: [ なし ・ あり ] 脂質異常症: [ なし ・ あり ]		
	筋・骨格	病的骨折: [ なし ・ あり ] 筋緊張低下: [ なし ・ あり ]	骨変形: [ なし ・ あり ] 筋萎縮: [ なし ・ あり ]	関節拘縮: [ 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 ]	下痢: [ なし ・ あり ]

症状	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 ]
		小脳性運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	カタレプシー: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	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 ]
	眼	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): ( )	
耳鼻咽喉	異所性蒙古斑: [ なし ・ あり ]	被角血管腫 (アンギオケラトーマ): [ なし ・ あり ]	
	緑内障: [ なし ・ あり ]	視力低下: [ 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	
	滲出性中耳炎: [ なし ・ あり ]	扁桃またはアデノイドの肥大: [ なし ・ あり ]	
	巨舌: [ なし ・ あり ]	特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ]	
	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**

酵素活性測定	酸性リパーゼ活性: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	検体採取部位: [ 白血球 ・ 培養皮膚線維芽細胞 ・ その他 ]	
	測定値: ( )	基準値: ( )
血液検査	白血球数: ( )/μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL
	BUN: ( )mg/dL	血清クレアチニン: ( )mg/dL
	ALT: ( )U/L	CK : ( )U/L
	アンギオテンシンⅠ変換酵素 (ACE): ( )U/L	酸性ホスファターゼ (ACP): ( )U/L ・ 未実施
	異常を示した血液検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	
	検査項目名及び測定値: ( )	
病理検査	組織診: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( )	
	所見: ( )	
画像検査	単純X線検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( )	
	所見: ( )	
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( )	
	所見: ( )	
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( )	
	所見: ( )	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	遺伝子異常 (その他): ( )	LIPA 遺伝子異常: [ なし ・ あり ]

**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**

酵素活性測定	酸性リパーゼ活性: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	検体採取部位: [ 白血球 ・ 培養皮膚線維芽細胞 ・ その他 ]	
	測定値: ( )	基準値: ( )
血液検査	白血球数: ( )/μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL
	BUN: ( )mg/dL	血清クレアチニン: ( )mg/dL
	ALT: ( )U/L	CK : ( )U/L
	アンギオテンシンⅠ変換酵素 (ACE): ( )U/L	酸性ホスファターゼ (ACP): ( )U/L ・ 未実施
	異常を示した血液検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	
	検査項目名及び測定値: ( )	
病理検査	組織診: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( )	
	所見: ( )	
画像検査	単純X線検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( )	
	所見: ( )	
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( )	
	所見: ( )	
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	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 ) LIPA遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 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：( )
-----	---------------------------

家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )
-----	------------------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	酵素補充療法：[ 未実施 ・ 実施 ] 導入開始日：( 年 月 日 ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 治療施設：[ 自施設 ・ 他施設 ] 他施設名：( ) 薬物療法 (その他)：( )
------	---

呼吸管理	人工呼吸管理：[ なし ・ あり ] 酸素療法：[ なし ・ あり ] 非侵襲的陽圧換気療法：[ なし ・ あり ] 気管切開管理：[ なし ・ あり ]
------	--

栄養管理	経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む)：[ なし ・ あり ] 中心静脈栄養：[ なし ・ あり ]
------	---

移植	造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日：( 年 月 日 ) ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞：[ 骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ] HLAアリール一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 前処置：( ) 治療施設：[ 自施設 ・ 他施設 ] 他施設名：( ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
----	--

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 ( )			