

告示番号 **36** 先天性代謝異常 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	129 原発性高カイロミクロン血症					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		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	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]		易感染性: [なし ・ あり]					
	呼吸器・ 循環器	咳嗽・喘鳴: [なし ・ あり]		心臓弁膜症: [なし ・ あり]		冠動脈疾患: [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]					
	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): ()									
皮膚・粘膜	発疹性黄色腫: [なし ・ あり]								
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]		網膜脂血症: [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): ()								
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]					
	呼吸器・ 循環器	咳嗽・喘鳴: [なし ・ あり]		心臓弁膜症: [なし ・ あり]		冠動脈疾患: [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]					
	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): ()									
皮膚・粘膜	発疹性黄色腫: [なし ・ あり]								
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]		網膜脂血症: [なし ・ あり]						

告示番号 36		先天性代謝異常 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2
症状	眼	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(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	血清クレアチニン：()mg/dL	血糖値(空腹時)：()mg/dL	HbA1c：()%	
	アミラーゼ：()U/L	P型アミラーゼ：()U/L	リパーゼ：()U/L	
	総コレステロール：()mg/dL	HDLコレステロール：()mg/dL	中性脂肪(TG)：()mg/dL	
	アポリipoprotein C-II：()mg/dL ・ 未実施	アポリipoprotein C-III：()mg/dL ・ 未実施		
	アポリipoprotein E：()mg/dL ・ 未実施			
	アポリipoprotein Eフェノタイプ：()			
	リポ蛋白分画：カイロミクロン増加：[なし ・ あり]			
アポリipoprotein A-V：()ng/mL ・ 未実施				
測定キット名：()				
	リポ蛋白リパーゼ(LPL)：ヘパリン静注前：()ng/mL	ヘパリン静注後：()ng/mL		
	肝性リパーゼ(HTGL)：ヘパリン静注後：()pmol/mL/min	未実施		
尿検査	アミラーゼ：()U/L			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)		
	リポ蛋白リパーゼ遺伝子異常：[なし ・ あり]	アポリipoprotein C-II 遺伝子異常：[なし ・ あり]		
	GPIIb/IIIa遺伝子異常：[なし ・ あり]	LMF1遺伝子異常：[なし ・ あり]		
	アポリipoprotein A-V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)：()			
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載				
血液検査	血清クレアチニン：()mg/dL	血糖値(空腹時)：()mg/dL	HbA1c：()%	
	アミラーゼ：()U/L	P型アミラーゼ：()U/L	リパーゼ：()U/L	
	総コレステロール：()mg/dL	HDLコレステロール：()mg/dL	中性脂肪(TG)：()mg/dL	
	アポリipoprotein C-II：()mg/dL ・ 未実施	アポリipoprotein C-III：()mg/dL ・ 未実施		
	アポリipoprotein E：()mg/dL ・ 未実施			
	アポリipoprotein Eフェノタイプ：()			
	リポ蛋白分画：カイロミクロン増加：[なし ・ あり]			
アポリipoprotein A-V：()ng/mL ・ 未実施				
測定キット名：()				
	リポ蛋白リパーゼ(LPL)：ヘパリン静注前：()ng/mL	ヘパリン静注後：()ng/mL		
	肝性リパーゼ(HTGL)：ヘパリン静注後：()pmol/mL/min	未実施		
尿検査	アミラーゼ：()U/L			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)		
	リポ蛋白リパーゼ遺伝子異常：[なし ・ あり]	アポリipoprotein C-II 遺伝子異常：[なし ・ あり]		
	GPIIb/IIIa遺伝子異常：[なし ・ あり]	LMF1遺伝子異常：[なし ・ あり]		
	アポリipoprotein A-V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	急性膵炎：[なし ・ あり]	過去1年間の発症回数：()回/年		
	合併症(その他)：()			
既往歴	急性膵炎(反復性)：[なし ・ あり]	急性膵炎による腹痛の頻度(過去1年間)：()回/年		
	急性膵炎による入院の頻度(過去1年間)：()回/年			
経過(申請時) ※直近の状況を記載				
薬物療法	フィブラート：[なし ・ あり]	ω3系不飽和脂肪酸製剤：[なし ・ あり]		
	薬物療法(その他)：()			
栄養管理	治療用特殊ミルク：必須脂肪酸強化MCTフォーミュラ(721)：[未実施 ・ 実施]			
	市販品のMCTミルク：[未実施 ・ 実施]			
	種類：()			
	脂肪制限：[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		記載年月日	年 月 日	
医療機関住所				
		診療科		
		医師名		
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		