

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 (継続申請用)		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"/> 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 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	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] 気管狭窄: [なし ・ あり]		心臓弁膜症: [なし ・ あり] 心筋障害: [なし ・ あり]		冠動脈疾患: [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] 筋緊張低下: [なし ・ あり] 筋緊張亢進: [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]		
	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] 精神運動機能の遅行: [なし ・ あり] 小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 不随意運動: ミオクローヌス: [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): ()		精神症状: [なし ・ あり] 痙攣: [なし ・ あり] カタレプシー: [なし ・ あり]				
	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]						
耳鼻咽喉	眼球運動障害: 水平性: [なし ・ あり]		垂直性: [なし ・ あり]					
その他	聴力障害: [なし ・ あり] 聴力 (右): ()dB 聴力 (左): ()dB 症状 (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			
	アポリポ蛋白 C-II: ()mg/dL ・ 未実施		アポリポ蛋白 C-III: ()mg/dL ・ 未実施					
	アポリポ蛋白 E: ()mg/dL ・ 未実施							
	アポリポ蛋白 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]							
アポリポ蛋白 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]		アポリポ蛋白 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]					
	アポリポ蛋白 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 ()