

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	(変更があった場合)
氏名	ふりがな
(Alphabet)	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 (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]		
		精神運動機能の遅行: [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]	痙攣: [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): ()			

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]
	GPIHBP1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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()