

病名 130 家族性高コレステロール血症		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 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	

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(家族性高コレステロール血症): [ヘテロ接合体・ホモ接合体]					
症状	呼吸器・循環器	心雑音: [なし・あり]	頸部雑音: [なし・あり]	心筋障害: [なし・あり]	肥大型心筋症: [なし・あり]	
		大動脈弁狭窄症: [なし・あり]	僧帽弁狭窄: [なし・あり]	大動脈弁上狭窄症: [なし・あり]		
		冠動脈疾患: [なし・あり]	罹患枝数: () 枝			
		胸部大動脈瘤: 上行大動脈: [なし・あり]		胸部大動脈瘤: 弓部大動脈: [なし・あり]		胸部大動脈瘤: 下行大動脈: [なし・あり]
		胸腹部大動脈瘤: [なし・あり]		腹部大動脈瘤: 上部: [なし・あり]		腹部大動脈瘤: 下部: [なし・あり]
		閉塞性動脈硬化症: [なし・あり]		Fontaine分類: [I度・II度・III度・IV度]		
	頸部動脈硬化症: [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]				
精神症状: [なし・あり]						
発達障害: [なし・あり・不明]		自閉症スペクトラム症: [なし・あり・不明]				
皮膚・粘膜	発疹性黄色腫: [なし・あり]		発症時期: () 歳			
	腱黄色腫: [なし・あり]		発症時期: () 歳		アキレス腱の厚さ: 右: () cm 左: () cm	
	眼	視力低下: [なし・あり] 角膜輪: [なし・あり]				
その他	症状(その他): ()					

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

病型	病型(家族性高コレステロール血症): [ヘテロ接合体・ホモ接合体]					
症状	呼吸器・循環器	心雑音: [なし・あり]	頸部雑音: [なし・あり]	心筋障害: [なし・あり]	肥大型心筋症: [なし・あり]	
		大動脈弁狭窄症: [なし・あり]	僧帽弁狭窄: [なし・あり]	大動脈弁上狭窄症: [なし・あり]		
		冠動脈疾患: [なし・あり]	罹患枝数: () 枝			
		胸部大動脈瘤: 上行大動脈: [なし・あり]		胸部大動脈瘤: 弓部大動脈: [なし・あり]		胸部大動脈瘤: 下行大動脈: [なし・あり]
		胸腹部大動脈瘤: [なし・あり]		腹部大動脈瘤: 上部: [なし・あり]		腹部大動脈瘤: 下部: [なし・あり]
		閉塞性動脈硬化症: [なし・あり]		Fontaine分類: [I度・II度・III度・IV度]		
	頸部動脈硬化症: [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]				
精神症状: [なし・あり]						
発達障害: [なし・あり・不明]		自閉症スペクトラム症: [なし・あり・不明]				
皮膚・粘膜	発疹性黄色腫: [なし・あり]		発症時期: () 歳			
	腱黄色腫: [なし・あり]		発症時期: () 歳		アキレス腱の厚さ: 右: () cm 左: () cm	
	眼	視力低下: [なし・あり] 角膜輪: [なし・あり]				
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	総コレステロール:	未治療時:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール:	未治療時:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	HDLコレステロール:	未治療時:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	中性脂肪 (TG):	未治療時:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール受容体活性:	未治療時:	()%	未実施	実施日:()年()月()日
	総コレステロール:	薬物治療後:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール:	薬物治療後:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	HDLコレステロール:	薬物治療後:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	中性脂肪 (TG):	薬物治療後:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール受容体活性:	薬物治療後:	()%	未実施	実施日:()年()月()日
	総コレステロール:	LDLアフエーシス前:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール:	LDLアフエーシス前:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	HDLコレステロール:	LDLアフエーシス前:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	中性脂肪 (TG):	LDLアフエーシス前:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール受容体活性:	LDLアフエーシス前:	()%	未実施	実施日:()年()月()日

遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日:()年()月()日	LDL受容体遺伝子異常: [なし ・ あり]	ARH遺伝子異常: [なし ・ あり]	PCSK9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	総コレステロール:	未治療時:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール:	未治療時:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	HDLコレステロール:	未治療時:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	中性脂肪 (TG):	未治療時:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール受容体活性:	未治療時:	()%	未実施	実施日:()年()月()日
	総コレステロール:	薬物治療後:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール:	薬物治療後:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	HDLコレステロール:	薬物治療後:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	中性脂肪 (TG):	薬物治療後:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール受容体活性:	薬物治療後:	()%	未実施	実施日:()年()月()日
	総コレステロール:	LDLアフエーシス前:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール:	LDLアフエーシス前:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	HDLコレステロール:	LDLアフエーシス前:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	中性脂肪 (TG):	LDLアフエーシス前:	()mg/dL	未実施	実施日:()年()月()日
	LDLコレステロール受容体活性:	LDLアフエーシス前:	()%	未実施	実施日:()年()月()日

遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日:()年()月()日	LDL受容体遺伝子異常: [なし ・ あり]	ARH遺伝子異常: [なし ・ あり]	PCSK9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	2親等以内に本疾患の診断: [なし ・ あり ・ 不明] 2親等以内に早発性冠動脈疾患 (男性55歳未満、女性65歳未満) の既往: [なし ・ あり ・ 不明]
-----	--

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	スタチン: [なし ・ あり] 薬剤名: () 用量: ()mg/日 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	陰イオン交換樹脂: [なし ・ あり] 薬剤名: () 用量: ()g/日 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

薬物療法	プロブコール: [なし ・ あり] 薬剤名: () 用量: ()mg/日 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	小腸コレステロールトランスポーター阻害薬 (エゼチミブ等): [なし ・ あり] 薬剤名: () 用量: ()mg/日 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	フィブラート: [なし ・ あり] ニコチン酸誘導体: [なし ・ あり]
	抗凝固薬・抗血小板薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 用量: ()mg/日 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	薬物療法 (その他): 薬剤名: () 用量: ()mg/日 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

栄養管理	栄養管理: [未実施 ・ 実施] 詳細: ()
------	-------------------------------

カテーテル治療	カテーテル治療: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 術式: ()
---------	---

血液浄化	LDLアフェレシス: [未実施 ・ 実施] 頻度: () 週毎 施行年数: () 年間 開始年月日: (年 月)
------	---

手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()
----	--

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	()		