

病名	130 家族性高コレステロール血症			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	
	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

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]	
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] 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 (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アフエレーシス前:	() mg/dL ・ 未実施	実施日: () 年 月 日
	LDLコレステロール:	LDLアフエレーシス前:	() mg/dL ・ 未実施	実施日: () 年 月 日
HDLコレステロール:	LDLアフエレーシス前:	() mg/dL ・ 未実施	実施日: () 年 月 日	
中性脂肪 (TG):	LDLアフエレーシス前:	() 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アフエレーシス前:	() % ・ 未実施	実施日: () 年 月 日	

血液検査	総コレステロール:	LDLアフェレーシス後:	()mg/dL	・ 未実施	実施日:	()年	()月	()日
	LDLコレステロール:	LDLアフェレーシス後:	()mg/dL	・ 未実施	実施日:	()年	()月	()日
	HDLコレステロール:	LDLアフェレーシス後:	()mg/dL	・ 未実施	実施日:	()年	()月	()日
	中性脂肪 (TG):	LDLアフェレーシス後:	()mg/dL	・ 未実施	実施日:	()年	()月	()日
	LDLコレステロール受容体活性:	LDLアフェレーシス後:	()%	・ 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]	()	

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アフェレーシス: [未実施 ・ 実施] 頻度: ()週毎 施行年数: ()年間 開始年月日: ()年 ()月 ()日
------	---

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 (_____)