

病名	<b>131 家族性複合型高脂血症</b>			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		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 ]		
		精神運動機能の退行: [ 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	腱黄色腫: [ 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 ]
	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	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
	LDLコレステロール: ( ) mg/dL		
	sd-LDLコレステロール: ( ) mg/dL ・ 未実施	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 B: ( ) 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ipoprotein 分画: VLDL増加: [ なし ・ あり ]	LDL増加: [ なし ・ あり ]	

遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	所見: ( )	

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	第1度近親者に本疾患の診断: [ 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 ] 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):[ なし ・ あり ] フィブラート:[ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )	陰イオン交換樹脂:[ なし ・ あり ]	プロブコール:[ なし ・ あり ]
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 ] 術式:( )	実施日:( ) 年 月 日	
手術	手術:[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 術式:( )	実施日:( ) 年 月 日	
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	( )		