

告示番号 **38** 先天性代謝異常 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----------------|-------------------------|----------------------|---|-----------------------------|-------------------|---|--|
| 病名 | 132 無β-リポタンパク血症 | | | | | 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 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(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 | | | | | | | | | | |
| 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] | | | 痙攣: [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] | | | | | |
| | | 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 | 有棘赤血球: [なし・あり・不明] 症状(その他): () | | | | | | | | | |
| 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] | | | 痙攣: [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] | | | | | |
| | | 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): () | | | | | | | | | |

告示番号 **38** 先天性代謝異常 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| 症状 | 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 | 有棘赤血球：[なし ・ あり ・ 不明] 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：()mg/dL | 中性脂肪 (TG)：()mg/dL | アポリポ蛋白B：()mg/dL ・ 未実施 | | |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | MTP遺伝子異常：[なし ・ あり] | | |
| 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：()mg/dL | 中性脂肪 (TG)：()mg/dL | アポリポ蛋白B：()mg/dL ・ 未実施 | | |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | MTP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：() | | | | |
| 経過 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | |
| 薬物療法 | ビタミンE：[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 () | | | | |