

病名	132 無β-リポタンパク血症					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(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 ] 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): ( )										
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 ]										

栄養管理	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 ( )