

病名	133 高比重リポタンパク (HDL) 欠乏症					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	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 ]			大動脈石灰化 : [ 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 ]				
	腎・泌尿器	蛋白尿 : [ なし ・ あり ] 腎機能障害 : [ なし ・ あり ]										
	内分泌・代謝	耐糖能異常 : [ なし ・ あり ]			境界型糖尿病 : [ なし ・ あり ]			糖尿病 : [ 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 ) : ( )											
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 ]			角膜混濁 : [ 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						
	特徴的な扁桃肥大 : [ 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

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 ]			大動脈石灰化 : [ 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 ]				
	腎・泌尿器	蛋白尿 : [ なし ・ あり ] 腎機能障害 : [ なし ・ あり ]										
	内分泌・代謝	耐糖能異常 : [ なし ・ あり ]			境界型糖尿病 : [ なし ・ あり ]			糖尿病 : [ 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 ]										

症状	精神・神経	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):( )		
	眼	緑内障:[ なし ・ あり ]	白内障:[ なし ・ あり ]
視神経萎縮:[ なし ・ あり ]		角膜混濁:[ なし ・ あり ]	
耳鼻咽喉	眼球運動障害:水平性:[ なし ・ あり ]	垂直性:[ なし ・ あり ]	
	聴力障害:[ なし ・ あり ]	聴力(右):( )dB	聴力(左):( )dB
その他	特徴的な扁桃肥大:[ 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	ヘモグロビン (Hb):( )g/dL	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	アポリポ蛋白A-I:( )mg/dL	アポリポ蛋白A-II:( )mg/dL
	アポリポ蛋白C-III:( )mg/dL	コレステロールエステル比:( )%	
	アポリポ蛋白A-V:( )ng/mL	測定キット名:( )	
検査所見 (その他)	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (LCAT) 活性:[ 未実施 ・ 実施 ]		
検査所見 (その他)	実施日:( 年 月 日 )		
検査所見 (その他)	所見:( )		

遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	ABCA1遺伝子異常:[ なし ・ あり ]	LCAT遺伝子異常:[ なし ・ あり ]	アポA-I遺伝子異常:[ なし ・ あり ]
検査所見 (その他)	遺伝子異常 (その他):( )				

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	ヘモグロビン (Hb):( )g/dL	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	アポリポ蛋白A-I:( )mg/dL	アポリポ蛋白A-II:( )mg/dL
	アポリポ蛋白C-III:( )mg/dL	コレステロールエステル比:( )%	
	アポリポ蛋白A-V:( )ng/mL	測定キット名:( )	
検査所見 (その他)	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (LCAT) 活性:[ 未実施 ・ 実施 ]		
検査所見 (その他)	実施日:( 年 月 日 )		
検査所見 (その他)	所見:( )		

遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	ABCA1遺伝子異常:[ なし ・ あり ]	LCAT遺伝子異常:[ なし ・ あり ]	アポA-I遺伝子異常:[ なし ・ あり ]
検査所見 (その他)	遺伝子異常 (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	アンギオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE):[ なし ・ あり ]	フィブラート:[ なし ・ あり ]
薬物療法 (その他)	( )	
栄養管理	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 ( \_\_\_\_\_ )