

病名	133 高比重リポタンパク (HDL) 欠乏症					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]		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) : ()										
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ipoprotein C-III : () mg/dL		アポリipoprotein A-I : () mg/dL						
	コレステロールエステル比 : () %		未実施		未実施						
	アポリipoprotein A-V : () ng/mL		未実施		測定キット名 : ()						
	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] 実施日 : (年 月 日)										
	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]						
	遺伝子異常 (その他) : ()										
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	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 ()			