

告示番号 37		先天性代謝異常 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2		
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 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] 気管狭窄: [なし・あり]		心臓弁膜症: [なし・あり] 心筋障害: [なし・あり]		大動脈石灰化: [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			
	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]	
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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			