

病名	136 リポイドタンパク症					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	()	
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(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] 心筋障害: [なし・あり]	心臓弁膜症: [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] 筋緊張低下: [なし・あり] 筋緊張亢進: [なし・あり]	骨変形: [なし・あり] 筋萎縮: [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] 痙攣: [なし・あり] 不随意運動: ミオクローヌス: [なし・あり・不明]	
		精神症状: [なし・あり] 小脳性運動失調: [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] 注意欠如多動症: [なし・あり・不明] 発達障害(その他): ()	
	眼	緑内障: [なし・あり] 眼球運動障害: 水平性: [なし・あり]	白内障: [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	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] 心筋障害: [なし・あり]	心臓弁膜症: [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] 筋緊張低下: [なし・あり] 筋緊張亢進: [なし・あり]	骨変形: [なし・あり] 筋萎縮: [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] 痙攣: [なし・あり] 不随意運動: ミオクローヌス: [なし・あり・不明]	
		精神症状: [なし・あり] 小脳性運動失調: [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] 注意欠如多動症: [なし・あり・不明] 発達障害(その他): ()	
	眼	緑内障: [なし・あり] 眼球運動障害: 水平性: [なし・あり]	白内障: [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	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	異常を示した血液検査: [未実施 ・ 実施] 検査項目名及び測定値: ()
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査名: () 部位: () 所見: ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
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	異常を示した血液検査: [未実施 ・ 実施] 検査項目名及び測定値: ()
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査名: () 部位: () 所見: ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
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	薬物療法: [なし ・ あり] 詳細: ()
栄養管理	栄養管理: [未実施 ・ 実施] 詳細: ()
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 ()