

告示番号		39		内分泌疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2					
病名		83 脂肪異常栄養症（脂肪萎縮症）								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規					
保険情報		保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 ( ) 市区町村 ( )															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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				肥満度		%	
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		治療 ・ 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																	
最終受診日		( 年 月 日 )															
症状		全身		先端巨大症様症状：[ なし ・ あり ] 脂肪萎縮（全身性）：[ なし ・ あり ] 脂肪萎縮（部分性）：[ なし ・ あり ]													
		内分泌・代謝		思春期早発：[ なし ・ あり ] 高脂血症：[ なし ・ あり ] インスリン抵抗性：[ なし ・ あり ]													
		消化器		肝腫：[ なし ・ あり ]													
		筋・骨格		骨嚢胞：[ なし ・ あり ]													
		皮膚・粘膜		多毛症：[ なし ・ あり ]													
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]													
		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		先端巨大症様症状：[ なし ・ あり ] 脂肪萎縮（全身性）：[ なし ・ あり ] 脂肪萎縮（部分性）：[ なし ・ あり ]													
		内分泌・代謝		思春期早発：[ なし ・ あり ] 高脂血症：[ なし ・ あり ] インスリン抵抗性：[ なし ・ あり ]													
		消化器		肝腫：[ なし ・ あり ]													
		筋・骨格		骨嚢胞：[ なし ・ あり ]													
		皮膚・粘膜		多毛症：[ なし ・ あり ]													
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]													
		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		AST：( )U/L ALT：( )U/L 中性脂肪 (TG)：( )mg/dL 総コレステロール：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL HbA <sub>1c</sub> ：( )% 血糖値（随時）：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施 C3：( )mg/dL															
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		AST：( )U/L ALT：( )U/L 中性脂肪 (TG)：( )mg/dL 総コレステロール：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL HbA <sub>1c</sub> ：( )% 血糖値（随時）：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施 C3：( )mg/dL															
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	自己免疫疾患：[ なし ・ あり ] HIV感染症：[ なし ・ あり ] 合併症（その他）：(	膜性増殖性糸球体腎炎：[ なし ・ あり ]	肥大型心筋症：[ なし ・ あり ]
-----	--	------------------------	--------------------

経過（申請時） ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
	機能抑制療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
	薬物療法（その他）：( )

[illegible]

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		

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 <sup>2</sup> ・ 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 ( )
---------	---

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
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日