

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 → ()							
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)									
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI							
										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 (申請時) ※直近の状況を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
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]							
		眼		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): ()																	
耳鼻咽喉		聴力障害: [なし ・ あり] 聴力 (右): ()dB 聴力 (左): ()dB		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]													
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															
		アポリポ蛋白 C-III: ()mg/dL ・ 未実施 アポリポ蛋白 A-I: ()mg/dL ・ 未実施															
遺伝学的検査		コレステロールエステル比: ()% ・ 未実施															
		アポリポ蛋白 A-V: ()ng/mL ・ 未実施															
		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] 実施日: (年 月 日)															
検査所見 (その他)		所見: ()															
検査所見 (その他)		検査所見 (その他): ()															

