

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 脂肪異栄養症（脂肪萎縮症）						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 () 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		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		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 _{1c} ：()% 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 _{1c} ：()% 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)：()											

2021a-001

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]			膜性増殖性糸球体腎炎：[なし ・ あり]			肥大型心筋症：[なし ・ あり]									
	HIV感染症：[なし ・ あり]															
	合併症（その他）：（						）									
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）：（						）									
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]			実施日：（			年		月	日）						
	術式：（						）									
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（	
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（						）						