

告示番号		38		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		132 無β-リポタンパク血症						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		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 ]				心臓弁膜症: [ なし ・ あり ]				冠動脈疾患: [ 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 ]			
	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 ]											
皮膚・粘膜	発達障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ]												
	注意欠如多動症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				自閉スペクトラム症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]								
	発達障害 (その他): ( )												
眼	腱黄色腫: [ なし ・ あり ]												
	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 ]						
耳鼻咽喉	眼球運動障害: 水平性: [ なし ・ あり ] 垂直性: [ なし ・ あり ]												
その他	聴力障害: [ なし ・ あり ] 聴力 (右): ( ) dB 聴力 (左): ( ) dB												
	有棘赤血球: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 症状 (その他): ( )												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		総コレステロール: ( ) mg/dL				中性脂肪 (TG): ( ) mg/dL		アポリポ蛋白B: ( ) mg/dL ・ 未実施					
遺伝学的検査		遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )		MTP 遺伝子異常: [ なし ・ あり ]					
検査所見 (その他)		遺伝子異常 (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		ビタミンE: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )											
栄養管理		治療用特殊ミルク: 必須脂肪酸強化MCTフォーミュラ (721): [ 未実施 ・ 実施 ]											

受給者番号 ( ) 患者氏名 ( ) 2021a-001

告示番号	38	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〉	2/2
栄養管理	市販品のMCTミルク：[ 未実施 ・ 実施 ]			
	種類：( )			
	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 ( )		