

336 家族性低 β リポタンパク血症1（ホモ接合体）

■ 患者情報

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	西暦 年 月 日	*以降、数字は 右詰めで記入	
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	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	西暦 年 月 日			
性別	☐ 男性 ☐ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	発症者続柄		
	☐ 1. 父 ☐ 2. 母 ☐ 3. 子 ☐ 4. 同胞（男性）		
	☐ 5. 同胞（女性） ☐ 6. 祖父（父方） ☐ 7. 祖母（父方）		
	☐ 8. 祖父（母方） ☐ 9. 祖母（母方） ☐ 10. いとこ ☐ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入		
続柄			
発症時期	西暦 年 月		
社会保障			
介護認定	☐ 1. 要介護 ☐ 2. 要支援 ☐ 3. なし		
要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		
生活状況			
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである		
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない		
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない		
痛み／不快感	☐ 1. ない ☐ 2. 中程度ある ☐ 3. ひどい		
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない ☐ 2. 中程度 ☐ 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		
手帳取得状況			
身体障害者手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級）		
療育手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり		
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級）		
人工呼吸器等装着者認定基準に該当			
☐ 1. する ☐ 2. しない ☐ 3. 不明			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

- ☐ Definite : Aの全ておよびB-2 の計4項目のうち1項目以上を満たし、B-1 を満たし、Dの鑑別すべき疾患を除外し、Cを満たすもの
- ☐ Probable : Aの全ておよびB-2 の計4項目のうち2項目以上を満たし、B-1 を満たし、Dの鑑別すべき疾患を除外したもの
- ☐ いずれにも該当しない

A. 症状

1. 消化器症状	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
☐ 1. 脂肪吸収障害による脂肪便 ☐ 2. 慢性下痢 ☐ 3. 嘔吐 ☐ 4. 成長障害 ☐ 5. その他 *5を選択の場合、以下に記入			
その他の症状			
2. 神経症状	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
☐ 1. 運動失調 ☐ 2. 痙性麻痺 ☐ 3. 末梢神経障害による知覚低下 ☐ 4. 腱反射消失 ☐ 5. その他 *5を選択の場合、以下に記入			
その他の症状			
3. 眼症状	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
☐ 1. 網膜色素変性症 ☐ 2. 夜盲 ☐ 3. 色覚異常 ☐ 4. 視野狭窄 ☐ 5. 視力低下 ☐ 6. その他 *6を選択の場合、以下に記入			
その他の症状			

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

1. 血中 LDL-コレステロール 15mg/dL 未満 (Friedewald 式による) または 血中アポリポタンパク B 15mg/dL 未満	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
血中 LDL-コレステロール	mg/dL		
血中アポリポタンパク B	mg/dL		

2. 末梢血血液像で有棘赤血球の存在	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
--------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

C. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	☐ 1. あり	☐ 2. 検査範囲内異常なし	☐ 3. 検査未実施
☐ 1. APOB 遺伝子機能喪失型変異			

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	☐ 1. 全て除外可	☐ 2. 除外不可	☐ 3. 不明
☐ 1. 無βリポタンパク血症 ☐ 2. カイロミクロン停滞病（アンダーソン病）			
☐ 3. 甲状腺機能亢進症			

■ 重症度分類に関する事項

先天性代謝異常症の重症度評価（一部改変）

総合評価（以下の I から VI までの各評価および総合点をもとに☑を記入する）
☐ 重 症（4 点の項目が 1 つでもある場合） ☐ 重 症（2 点以上の項目があり、かつ加点した総点数が 6 点以上の場合） ☐ 中等症（加点した総点数が 3～6 点の場合） ☐ 軽 症（加点した総点数が 0～2 点の場合）

I 薬物などの治療状況（以下の中からいずれか 1 つを選択する）
☐ a. 治療を要しない（0） ☐ b. 対症療法のために何らかの薬物を用いた治療を継続している（1） ☐ c. 疾患特異的な薬物治療が中断できない（2） ☐ d. 急性発作時に呼吸管理、血液浄化を必要とする（4）
II 食事栄養治療の状況（以下の中からいずれか 1 つを選択する）
☐ a. 食事制限など特に必要がない（0） ☐ b. 軽度の食事制限あるいは一時的な食事制限が必要である（1）

III 酵素欠損などの代謝障害に直接関連した検査（画像を含む）の所見 （以下の中からいずれか1つを選択する）	
☐ a. 特に異常を認めない（0） ☐ b. 軽度の異常値が継続している（目安として正常範囲から 1.5SD の逸脱）（1） ☐ c. 中等度以上の異常値が継続している（目安として 1.5SD から 2.0SD の逸脱）（2） ☐ d. 高度の異常値が持続している（目安として 2.0SD 以上の逸脱）（3）	
IV 現在の精神運動発達遅滞、神経症状、筋力低下についての評価（以下の中からいずれか1つを選択する）	
☐ a. 異常を認めない（0） ☐ b. 軽度の障害を認める （目安として、IQ70 未満や補助具などを用いた自立歩行が可能な程度の障害）（1） ☐ c. 中程度の障害を認める（目安として、IQ50 未満や自立歩行が不可能な程度の障害）（2） ☐ d. 高度の障害を認める（目安として、IQ35 未満やほぼ寝たきりの状態）（4）	
V 現在の臓器障害に関する評価（以下の中からいずれか1つを選択する）	
☐ a. 肝臓、腎臓、心臓などに機能障害がない（0） ☐ b. 肝臓、腎臓、心臓などに軽度機能障害がある （目安として、それぞれの臓器異常による検査異常を認めるもの）（1） ☐ c. 肝臓、腎臓、心臓などに中等度機能障害がある （目安として、それぞれの臓器異常による症状を認めるもの）（2） ☐ d. 肝臓、腎臓、心臓などに重度機能障害がある、あるいは移植医療が必要である （目安として、それぞれの臓器の機能不全を認めるもの）（4）	
VI 生活の自立・介助などの状況（以下の中からいずれか1つを選択する）	
☐ a. 自立した生活が可能（0） ☐ b. 何らかの介助が必要（1） ☐ c. 日常生活の多くで介助が必要（2） ☐ d. 生命維持医療が必要（4）	
I～VI	合 計 点

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500 文字以内

■ その他の事項

ア. 臨床所見

理学所見			
身長		cm	体重
計測時の年齢		歳	
			kg

イ. 検査所見

※βカロチン、ビタミンA、ビタミンD、ビタミンE、ビタミンKの血中濃度は可能であれば補充前の値を記入すること

血液・生化学検査等			
検査年月日	西暦		年 月 日
ヘモグロビン		g/dL	
AST (GOT)		U/L	ALT (GPT)
		U/L	
γ-GTP		U/L	
LDL コレステロール(直接法)		mg/dL	総コレステロール
		mg/dL	
HDL コレステロール		mg/dL	トリグリセライド
		mg/dL	
アポリポタンパク B		mg/dL	
PT-INR		.	
血中βカロチン濃度		μg/dL	☐ 補充前 ☐ 補充後
血中ビタミンA濃度		IU/dL	☐ 補充前 ☐ 補充後
血中25-OH-ビタミンD濃度		ng/mL	☐ 補充前 ☐ 補充後
血中ビタミンE濃度		mg/dL	☐ 補充前 ☐ 補充後
血中αトコフェロール濃度		mg/dL	☐ 補充前 ☐ 補充後
血中ビタミンK1濃度		ng/mL	☐ 補充前 ☐ 補充後
血中ビタミンK2濃度		ng/mL	☐ 補充前 ☐ 補充後
血中ドコサヘキサエン酸 (DHA)		μg/mL	
血中エイコサペンタエン酸 (EPA)		μg/mL	
貧血	☐ 1. あり ☐ 2. なし	鉄剤補充	☐ 1. あり ☐ 2. なし

脂肪肝	☐ 1. あり ☐ 2. なし	肝硬変	☐ 1. あり ☐ 2. なし
出血傾向	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
画像所見			
検査年月日	西暦 年 月 日		
骨密度 (YAM(腰椎))	%		
骨密度 (YAM(大腿骨近位部))	%		
骨粗鬆症	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
ビタミンD補充以外の骨粗鬆症の治療	☐ 1. あり ☐ 2. なし *1を選択の場合、以下に記入 内容		
内分泌検査			
検査年月日	西暦 年 月 日		
血中遊離 T4 (基礎値)	ng/dL	血清 TSH (基礎値)	μU/mL
甲状腺機能低下症	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
その他所見			
不整脈	☐ 1. 頻脈 ☐ 2. 徐脈 ☐ 3. 心房細動 ☐ 4. なし		
心筋症	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
その他心疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし *1を選択の場合、以下に記入 内容		

ウ. 発症と経過

近親結婚の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	詳細		

低脂血症の家族の有無 （(家族性低βリポタンパク血症1（ホモ接合体）以外の低脂血症の家族歴））	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	詳細	

エ. 治療その他

ビタミンE 補充療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	薬剤名	
	投与量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
ビタミンA 補充療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	薬剤名	
	投与量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
ビタミンD 補充療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	薬剤名	
	投与量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
ビタミンK 補充療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	薬剤名	
	投与量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
脂肪摂取制限	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	指示内容	g/日以下
		総カロリーの g/日以下
治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	

中鎖脂肪酸投与	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他の補充療法 1 (ビタミン B ₆ , ビタミン B ₁₂ 、葉酸、鉄、必須脂肪酸など)	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療名			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他の補充療法 2 (ビタミン B ₆ , ビタミン B ₁₂ 、葉酸、鉄、必須脂肪酸など)	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療名			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他の補充療法 3 (ビタミン B ₆ , ビタミン B ₁₂ 、葉酸、鉄、必須脂肪酸など)	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療名			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	☐ 1. あり		
開始時期	西暦 年 月		
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
種類	☐ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 ☐ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	☐ 1. 間欠的施行 ☐ 2. 夜間に継続的に施行 ☐ 3. 一日中施行 ☐ 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	整容	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	トイレ動作	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	入浴	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	歩行	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	階段昇降	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 不能
	着替え	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排便コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排尿コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号											*ハイフンを除き、左詰めで記入	
医師の氏名												
記載年月日	西暦					年			月			日
診断年月日	西暦					年			月			日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。）
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。

■ 行政記載欄

担当自治体														
受理日	西暦					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														
有効期限	西暦					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													
軽症者登録	☐ 有 ☐ 無													
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	西暦					年			月			日	