

告示番号	36	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	129 原発性高カイロミクロン血症			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	BMI	%	
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 ] 気管狭窄: [ なし ・ あり ]		心臓弁膜症: [ なし ・ あり ] 心筋障害: [ なし ・ あり ]		冠動脈疾患: [ 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 ] 筋緊張低下: [ なし ・ あり ]		骨変形: [ なし ・ あり ] 筋萎縮: [ なし ・ あり ]		関節拘縮: [ 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	発疹性黄色腫: [ なし ・ あり ]					
		眼	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 ]		網膜脂血症: [ なし ・ あり ]				
眼球運動障害: 水平性: [ なし ・ あり ]			垂直性: [ なし ・ あり ]				
耳鼻咽喉	聴力障害: [ なし ・ あり ]		聴力 (右): ( )dB		聴力 (左): ( )dB		
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	血清クレアチニン: ( )mg/dL		血糖値 (空腹時): ( )mg/dL		HbA1c: ( )%		
	アミラーゼ: ( )U/L		P型アミラーゼ: ( )U/L		リパーゼ: ( )U/L		
	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ipoprotein C-II: ( )mg/dL ・ 未実施		アポリipoprotein C-III: ( )mg/dL ・ 未実施				
	アポリipoprotein E: ( )mg/dL ・ 未実施						
	アポリipoprotein E フェノタイプ: ( )						
	リipoprotein分画: カイロミクロン増加: [ なし ・ あり ]						
尿検査	アポリipoprotein A-V: ( )ng/mL ・ 未実施		測定キット名: ( )				
	リipoproteinリパーゼ (LPL): ヘパリン静注前: ( )ng/mL		ヘパリン静注後: ( )ng/mL				
	肝性リパーゼ (HTGL): ヘパリン静注後: ( )pmol/mL/min		未実施				
遺伝学的検査	アミラーゼ: ( )U/L						
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )						
	リipoproteinリパーゼ遺伝子異常: [ なし ・ あり ]		アポリipoprotein C-II 遺伝子異常: [ なし ・ あり ]				
	GPIIb/IIIa遺伝子異常: [ なし ・ あり ]		LMF1遺伝子異常: [ なし ・ あり ]				
アポリipoprotein A-V遺伝子異常: [ なし ・ あり ]							
遺伝子異常 (その他): ( )							
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )						

告示番号 <b>36</b> 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) <b>2/2</b>	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	急性膵炎: [ なし ・ あり ] 過去1年間の発症回数: ( )回/年 合併症 (その他): ( )
既往歴	急性膵炎 (反復性): [ なし ・ あり ] 急性膵炎による腹痛の頻度 (過去1年間): ( )回/年 急性膵炎による入院の頻度 (過去1年間): ( )回/年
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	フィブラート: [ なし ・ あり ] ω3系不飽和脂肪酸製剤: [ 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 ]
	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
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 ( )
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