

告示番号 <b>34</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)		1/3		
病名	130 家族性高コレステロール血症			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 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		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						
最終受診日	( 年 月 日 )					
病型	病型 (家族性高コレステロール血症): [ ヘテロ接合体 ・ ホモ接合体 ]					
症状	呼吸器・循環器	心雑音: [ なし ・ あり ] 頸部雑音: [ なし ・ あり ] 心筋障害: [ なし ・ あり ] 肥大型心筋症: [ なし ・ あり ] 大動脈弁狭窄症: [ なし ・ あり ] 僧帽弁狭窄症: [ なし ・ あり ] 大動脈弁上狭窄症: [ なし ・ あり ]				
		冠動脈疾患: [ なし ・ あり ] 罹患枝数: ( ) 枝				
		胸部大動脈瘤: 上行大動脈: [ なし ・ あり ] 胸部大動脈瘤: 弓部大動脈: [ なし ・ あり ] 胸部大動脈瘤: 下行大動脈: [ なし ・ あり ]				
		胸腹部大動脈瘤: [ なし ・ あり ] 腹部大動脈瘤: 上部: [ なし ・ あり ] 腹部大動脈瘤: 下部: [ なし ・ あり ]				
		閉塞性動脈硬化症: [ なし ・ あり ] Fontaine分類: [ I度 ・ II度 ・ III度 ・ IV度 ]				
		頸部動脈硬化症: [ なし ・ あり ]				
	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 ] 精神症状: [ なし ・ あり ]				
		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): ( )				
皮膚・粘膜	発疹性黄色腫: [ なし ・ あり ] 発症時期: ( ) 歳					
	腱黄色腫: [ なし ・ あり ] 発症時期: ( ) 歳 アキレス腱の厚さ: 右: ( ) cm 左: ( ) cm					
眼	視力低下: [ なし ・ あり ] 角膜輪: [ 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	総コレステロール:	未治療時:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	LDLコレステロール:	未治療時:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	HDLコレステロール:	未治療時:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	中性脂肪 (TG):	未治療時:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	LDLコレステロール受容体活性:	未治療時:	( ) % ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	総コレステロール:	薬物治療後:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	LDLコレステロール:	薬物治療後:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	HDLコレステロール:	薬物治療後:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	中性脂肪 (TG):	薬物治療後:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	LDLコレステロール受容体活性:	薬物治療後:	( ) % ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	総コレステロール:	LDLアフエレーシス前:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	LDLコレステロール:	LDLアフエレーシス前:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	HDLコレステロール:	LDLアフエレーシス前:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	中性脂肪 (TG):	LDLアフエレーシス前:	( ) mg/dL ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	
	LDLコレステロール受容体活性:	LDLアフエレーシス前:	( ) % ・ 未実施	実施日:	( 年 月 日 )	

告示番号	34	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)	2/3
血液検査	総コレステロール: LDLアフェレーシス後: ( )mg/dL ・ 未実施 実施日:( )年 月 日 ) LDLコレステロール: LDLアフェレーシス後: ( )mg/dL ・ 未実施 実施日:( )年 月 日 ) HDLコレステロール: LDLアフェレーシス後: ( )mg/dL ・ 未実施 実施日:( )年 月 日 ) 中性脂肪(TG): LDLアフェレーシス後: ( )mg/dL ・ 未実施 実施日:( )年 月 日 ) LDLコレステロール受容体活性: LDLアフェレーシス後: ( )% ・ 未実施 実施日:( )年 月 日 )				
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( )年 月 日 ) LDL受容体遺伝子異常: [ なし ・ あり ] ARH遺伝子異常: [ なし ・ あり ] PCSK9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): ( )				
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: ( )				
家族歴	2親等以内に本疾患の診断: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 2親等以内に早発性冠動脈疾患 (男性55歳未満、女性65歳未満) の既往: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	スタチン: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 用量: ( )mg/日 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]				
	陰イオン交換樹脂: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 用量: ( )g/日 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]				
薬物療法	プロブコール: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 用量: ( )mg/日 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]				
	小腸コレステロールトランスポーター阻害薬 (エゼチミブ等): [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 用量: ( )mg/日 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]				
	フィブラート: [ なし ・ あり ] ニコチン酸誘導体: [ なし ・ あり ]				
	抗凝固薬・抗血小板薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 用量: ( )mg/日 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]				
	薬物療法 (その他): 薬剤名: ( ) 用量: ( )mg/日 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]				
栄養管理	栄養管理: [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細: ( )				
カテーテル治療	カテーテル治療: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( )年 月 日 ) 術式: ( )				
血液浄化	LDLアフェレーシス: [ 未実施 ・ 実施 ] 頻度: ( ) 週毎 施行年数: ( ) 年間 開始年月日: ( )年 月 )				
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:( )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