

告示番号 **37** 先天性代謝異常 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/3**

病名	133 高比重リポタンパク (HDL) 欠乏症			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)			
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)		BMI
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%
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 (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							
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 ]		大動脈石灰化: [ なし ・ あり ] 肥大型心筋症: [ なし ・ あり ]	
	腎・泌尿器	蛋白尿: [ なし ・ あり ]		腎機能障害: [ なし ・ あり ]			
	内分泌・代謝	耐糖能異常: [ なし ・ あり ]		境界型糖尿病: [ なし ・ あり ]		糖尿病: [ 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 ]				
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): ( )							
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 ]		角膜混濁: [ 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		
	特徴的な扁桃肥大: [ なし ・ あり ]						
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	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 ]		大動脈石灰化: [ なし ・ あり ] 肥大型心筋症: [ なし ・ あり ]	
	腎・泌尿器	蛋白尿: [ なし ・ あり ]		腎機能障害: [ なし ・ あり ]			
	内分泌・代謝	耐糖能異常: [ なし ・ あり ]		境界型糖尿病: [ なし ・ あり ]		糖尿病: [ 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 ]			

告示番号 <b>37</b>		先天性代謝異常 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/3
症状	精神・神経	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 ]
		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):( )			
	眼	緑内障:[ なし ・ あり ]		白内障:[ なし ・ あり ]
視神経萎縮:[ なし ・ あり ]		角膜混濁:[ 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 ]	
	聴力障害:[ なし ・ あり ]		聴力(右):( )dB	聴力(左):( )dB
その他	特徴的な扁桃肥大:[ なし ・ あり ]			
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	ヘモグロビン (Hb):( )g/dL		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		アポリポ蛋白A-I:( )mg/dL ・ 未実施	
	アポリポ蛋白C-III:( )mg/dL ・ 未実施		コレステロールエステル比:( )% ・ 未実施	
	アポリポ蛋白A-V:( )ng/mL ・ 未実施		測定キット名:( )	
レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (LCAT) 活性:[ 未実施 ・ 実施 ]				
実施日:( )年 ( )月 ( )日 )				
所見:( )				
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年 ( )月 ( )日 )	
	ABCA1遺伝子異常:[ なし ・ あり ]		LCAT遺伝子異常:[ なし ・ あり ]	アポA-I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):( )			
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
血液検査	ヘモグロビン (Hb):( )g/dL		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		アポリポ蛋白A-I:( )mg/dL ・ 未実施	
	アポリポ蛋白C-III:( )mg/dL ・ 未実施		コレステロールエステル比:( )% ・ 未実施	
	アポリポ蛋白A-V:( )ng/mL ・ 未実施		測定キット名:( )	
レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (LCAT) 活性:[ 未実施 ・ 実施 ]				
実施日:( )年 ( )月 ( )日 )				
所見:( )				
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年 ( )月 ( )日 )	
	ABCA1遺伝子異常:[ なし ・ あり ]		LCAT遺伝子異常:[ なし ・ あり ]	アポA-I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:( )				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載				
薬物療法	アンギオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE):[ なし ・ あり ]		フィブラート:[ なし ・ あり ]	
薬物療法 (その他):( )				
栄養管理	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 ・ 其他 ( )			

<b>告示番号</b>	<b>37</b>	<b>先天性代謝異常</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉</b>	<b>3/3</b>
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