

告示番号	39	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	134 129から133までに掲げるもののほか、脂質代謝異常症				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)		
	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 (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							
具体的な疾病名	()			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]					
		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	腱黄色腫: [なし ・ あり] 皮膚黄色腫: [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]						
	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): ()						
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]		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]					
		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): ()						

告示番号		39		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	皮膚・粘膜	腫黄色腫: [なし ・ あり]				皮膚黄色腫: [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]			
		眼球運動障害: 水平性: [なし ・ あり]				垂直性: [なし ・ あり]		視神経萎縮: [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 (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											
胆汁アルコール分析	胆汁アルコール分析: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)						
胆汁酸分析	胆汁酸分析: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)						
血液検査	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						
	LDLコレステロール: () mg/dL		アポリポ蛋白C-III: () mg/dL ・ 未実施		アポリポ蛋白B: () mg/dL ・ 未実施						
	シトステロール: () μg/mL ・ 未実施		コレスタノール: () μg/mL ・ 未実施								
	アポリポ蛋白E: () mg/dL ・ 未実施		アポリポ蛋白Eフェノタイプ: ()								
	リポ蛋白分画: カイロミクロン増加: [なし ・ あり]			VLDL増加: [なし ・ あり]			LDL増加: [なし ・ あり]				
画像検査	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 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)		ABCG5/8遺伝子異常: [なし ・ あり]				
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											
胆汁アルコール分析	胆汁アルコール分析: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)						
胆汁酸分析	胆汁酸分析: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)						
血液検査	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						
	LDLコレステロール: () mg/dL		アポリポ蛋白C-III: () mg/dL ・ 未実施		アポリポ蛋白B: () mg/dL ・ 未実施						
	シトステロール: () μg/mL ・ 未実施		コレスタノール: () μg/mL ・ 未実施								
	アポリポ蛋白E: () mg/dL ・ 未実施		アポリポ蛋白Eフェノタイプ: ()								
	リポ蛋白分画: カイロミクロン増加: [なし ・ あり]			VLDL増加: [なし ・ あり]			LDL増加: [なし ・ あり]				
画像検査	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 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)		ABCG5/8遺伝子異常: [なし ・ あり]				
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	薬物療法: [なし ・ あり] 詳細: ()										
栄養管理	栄養管理: [未実施 ・ 実施] 詳細: ()										
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