

告示番号		32		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		136 リポイドタンパク症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
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		肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ( )											
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													
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 ] 心筋障害: [ なし ・ あり ] 心臓弁膜症: [ なし ・ あり ] 肥大型心筋症: [ なし ・ あり ] 気管狭窄: [ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	病的骨折: [ なし ・ あり ] 筋緊張低下: [ なし ・ あり ] 筋緊張亢進: [ 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 ]											
		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 ] 注意欠如多動症: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 発達障害 (その他): ( ) 自閉スペクトラム症: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 限局性学習症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]											
	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): ( )												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		異常を示した血液検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査項目名及び測定値: ( )											
病理検査		組織診: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )											
画像検査		画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )											
遺伝学的検査		遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											
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: ( )											

受給者番号 ( ) 患者氏名 ( ) 2021a-001

告示番号 32

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〉 2/2

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									

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関住所

記載年月日

年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )