


46. 家族性高コレステロール血症（ホモ接合体） 臨床調査個人票（1. 新規）

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生年 月 日	1. 明 2. 大 3. 昭 4. 平	年 月 日 生	(満 歳)
氏 名								
住 所	〒 () TEL ()			出 生 都道府県		発病時在住 都道府県		
発病年月	平成 年 月 日 時 頃	初診年 月 日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日	保険 種別	1. 政 2. 組 3. 共 4. 国 5. 介 6. 高		
身体障害者 手 帳	1. あり (等級 級) 2. なし		介護認定	1. 要介護 (要介護度) 2. 要支援 3. なし				
生活状況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 ()) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)							
高脂血症 及び 冠動脈疾患 家族歴	1. あり (続柄) 2. なし 3. 不明 家系図					受診状況 (最近6ヶ月)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (/月) 4. 入院・通院 ともになし	
臨床症状	1. 黄色腫	皮膚	(1) あり (歳頃より) (2) なし					
		腱	(1) あり (歳頃より) アキレス腱厚さ (右 mm、左 mm) (2) なし					
	2. 弁疾患	(1) あり 弁の種類 () 手術の有無 あり なし (2) なし						
	3. 冠動脈疾患	(1) あり 罹患枝数 () 75%以上狭窄を有意とみなす PCI あり なし CABG あり なし (2) なし						
	4. 大動脈瘤	(1) あり 大動脈瘤の部位 () 手術 あり なし (2) なし						
	5. 閉塞性動脈硬化症	(1) あり Fontaine 分類 () (2) なし						
	6. 頸動脈硬化症	(1) あり 平均 IMT (右 、左) (2) なし						
検査値			未治療時	薬物治療時	LDL アフェレーシス治療 年 月 日			
			年 月 日	年 月 日	前	後		
	総コレステロール (mg/dl)							
	LDL コレステロール (mg/dl)							
	HDL コレステロール (mg/dl)							
	トリグリセリド (mg/dl)							
LDL 受容体活性 (%) 実施しているときは記載 してください。								
遺伝子検査	実施しているときは記載してください。			(1) あり () (2) なし				
鑑別診断	(1) シトステロール血症			(1) 鑑別できる (2) 鑑別できない				
右記の疾患 を鑑別でき ること	(2) 脳腱黄色腫			(1) 鑑別できる (2) 鑑別できない				
	(3) 甲状腺機能低下症			(1) 鑑別できる (2) 鑑別できない				
	(4) 家族性高コレステロール血症ヘテロ接合体			(1) 鑑別できる (2) 鑑別できない				

治療内容	LDL アフェレーシス	(1)あり ()日に1回 (2)なし	開始年月日 (年 月 日) または施行年数()年
服用薬剤	スタチン	(1)あり (薬剤名、用量) (2)なし	1.効果あり 2.効果なし 3.不明
	レジン	(1)あり (薬剤名、用量) (2)なし	1.効果あり 2.効果なし 3.不明
	プロブコール	(1)あり (薬剤名、用量) (2)なし	1.効果あり 2.効果なし 3.不明
	エゼチミブ	(1)あり (用量) (2)なし	1.効果あり 2.効果なし 3.不明
	抗凝固剤・抗血小板剤	(1)あり (薬剤名、用量) (2)なし	1.効果あり 2.効果なし 3.不明
	その他	(1)あり (薬剤名、用量) (2)なし	1.効果あり 2.効果なし 3.不明
医療上の問題点			
【WISH 入力不要】			
医療機関名			
医療機関所在地			
電話番号 ()			
医師の氏名			
			
記載年月日：平成 年 月 日			

2009-10-01

46 家族性高コレステロール血症（ホモ接合体） 臨床調査個人票（2.更新）

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年	月	日生	(満 歳)	
氏名											
住所	〒 () TEL ()			出生 都道府県		発病時在住 都道府県					
発病年月	平成 年 月 日 時頃	初診年 月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	保険 種別	1.政 2.組 3.共 4.国 5.介 6.高			
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし							
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)								初回認定年月	平成	
									年	月	
受診状況 (最近1年)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.入院・通院ともになし										
治療と経過(前回申請からの変化を具体的に記述)											
【WISH入力不要】											
臨床症状	1.黄色腫	皮膚	(1)あり(歳頃より) (2)なし								
		腱	(1)あり(歳頃より) アキレス腱厚さ(右 mm、左 mm) (2)なし								
	2.弁疾患		(1)あり 弁の種類() 手術の有無 あり なし (2)なし								
	3.冠動脈疾患		(1)あり 罹患枝数() 75%以上狭窄を有意とみなす PCI あり なし CABG あり なし (2)なし								
	4.大動脈瘤		(1)あり 大動脈瘤の部位() 手術 あり なし (2)なし								
	5.閉塞性動脈硬化症		(1)あり Fontaine分類() (2)なし								
	6.頸動脈硬化症		(1)あり 平均 IMT(右 、左) (2)なし								
検査値			未治療時	薬物治療時		LDL アフェレーシス治療					
			年 月 日	年 月 日		年 月 日					
	総コレステロール(mg/dl)					前	後				
	LDL コレステロール(mg/dl)										
	HDL コレステロール(mg/dl)										
トリグリセリド(mg/dl)											
LDL 受容体活性(%) 実施しているときは記載 してください。											
治療内容	LDL アフェレーシス		(1)あり ()日に1回 (2)なし			開始年月日 (年 月 日) または施行年数()年					
服用薬剤	スタチン		(1)あり (薬剤名 、用量) (2)なし			1.効果あり 2.効果なし 3.不明					

服用薬剤	レジン	(1)あり (薬剤名、用量) (2)なし	1.効果あり 2.効果なし 3.不明
	プロブコール	(1)あり (薬剤名、用量) (2)なし	1.効果あり 2.効果なし 3.不明
	エゼチミブ	(1)あり (用量) (2)なし	1.効果あり 2.効果なし 3.不明
	抗凝固剤・抗血小板剤	(1)あり (薬剤名、用量) (2)なし	1.効果あり 2.効果なし 3.不明
	その他	(1)あり (薬剤名、用量) (2)なし	1.効果あり 2.効果なし 3.不明

医療上の問題点

【WISH 入力不要】

医療機関名

医療機関所在地

電話番号 ()

医師の氏名

印

記載年月日：平成 年 月 日

2009-10-01