

336 家族性低βリポタンパク血症1 (ホモ接合体)

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
続柄								
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : Aの全ておよびB-2 の計4項目のうち1項目以上を満たし、B-1 を満たし、Dの鑑別すべき疾患を除外し、Cを満たすもの
<input type="checkbox"/> Probable : Aの全ておよびB-2 の計4項目のうち2項目以上を満たし、B-1 を満たし、Dの鑑別すべき疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

■ 診断基準に関する事項：診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても良い

A. 症状

1. 消化器症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 脂肪吸収障害による脂肪便 <input type="checkbox"/> 2. 慢性下痢 <input type="checkbox"/> 3. 嘔吐 <input type="checkbox"/> 4. 成長障害 <input type="checkbox"/> 5. その他 *5を選択の場合、以下に記入	
その他の症状	

2. 神経症状	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 運動失調	<input type="checkbox"/> 2. 痙性麻痺	<input type="checkbox"/> 3. 末梢神経障害による知覚低下	
<input type="checkbox"/> 4. 腱反射消失	<input type="checkbox"/> 5. その他 *5 を選択の場合、以下に記入		
その他の症状			
3. 眼症状	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 網膜色素変性症	<input type="checkbox"/> 2. 夜盲	<input type="checkbox"/> 3. 色覚異常	
<input type="checkbox"/> 4. 視野狭窄	<input type="checkbox"/> 5. 視力低下	<input type="checkbox"/> 6. その他 *6 を選択の場合、以下に記入	
その他の症状			

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

1. 血中 LDL-コレステロール 15mg/dL 未満 (Friedewald 式による) または 血中アポリポタンパク B 15mg/dL 未満	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
血中 LDL-コレステロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	
血中アポリポタンパク B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	
2. 末梢血血液像で有棘赤血球の存在	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> 1. APOB 遺伝子機能喪失型変異			

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 無βリポタンパク血症	<input type="checkbox"/> 2. カイロミクロン停滞病 (アンダーソン病)		
<input type="checkbox"/> 3. 甲状腺機能亢進症			

■ 重症度分類に関する事項：直近6か月間で最も悪い状態を記載

先天性代謝異常症の重症度評価 I~VI 合計 点

総合評価（以下の I~VI の各評価および総点数をもとに☑を記入する）
<input type="checkbox"/> 1. 重症（4点の項目が1つでもある場合） <input type="checkbox"/> 2. 重症（2点以上の項目があり、かつ加点した総点数が6点以上の場合） <input type="checkbox"/> 3. 中等症（加点した総点数が3~6点の場合） <input type="checkbox"/> 4. 軽症（加点した総点数が0~2点の場合）
I 薬物などの治療状況（以下の中からいずれか1つを選択する）
<input type="checkbox"/> a. 治療を要しない（0） <input type="checkbox"/> b. 対症療法のために何らかの薬物を用いた治療を継続している（1） <input type="checkbox"/> c. 疾患特異的な薬物治療が中断できない（2） <input type="checkbox"/> d. 急性発作時に呼吸管理、血液浄化を必要とする（4）
II 食事栄養治療の状況（以下の中からいずれか1つを選択する）
<input type="checkbox"/> a. 食事制限など特に必要がない（0） <input type="checkbox"/> b. 軽度の食事制限あるいは一時的な食事制限が必要である（1）
III 酵素欠損などの代謝障害に直接関連した検査（画像を含む）の所見 （以下の中からいずれか1つを選択する）
<input type="checkbox"/> a. 特に異常を認めない（0） <input type="checkbox"/> b. 軽度の異常値が継続している（目安として正常範囲から1.5SDの逸脱）（1） <input type="checkbox"/> c. 中等度以上の異常値が継続している（目安として1.5SD~2.0SDの逸脱）（2） <input type="checkbox"/> d. 高度の異常値が持続している（目安として2.0SD以上の逸脱）（3）
IV 現在の精神運動発達遅滞、神経症状、筋力低下についての評価（以下の中からいずれか1つを選択する）
<input type="checkbox"/> a. 異常を認めない（0） <input type="checkbox"/> b. 軽度の障害を認める （目安として、IQ70未満や補助具などを用いた自立歩行が可能な程度の障害）（1） <input type="checkbox"/> c. 中程度の障害を認める（目安として、IQ50未満や自立歩行が不可能な程度の障害）（2） <input type="checkbox"/> d. 高度の障害を認める（目安として、IQ35未満やほぼ寝たきりの状態）（4）



V 現在の臓器障害に関する評価（以下の中からいずれか1つを選択する）

a. 肝臓、腎臓、心臓などに機能障害がない (0)

b. 肝臓、腎臓、心臓などに軽度機能障害がある
（目安として、それぞれの臓器異常による検査異常を認めるもの）(1)

c. 肝臓、腎臓、心臓などに中等度機能障害がある
（目安として、それぞれの臓器異常による症状を認めるもの）(2)

d. 肝臓、腎臓、心臓などに重度機能障害がある、あるいは移植医療が必要である
（目安として、それぞれの臓器の機能不全を認めるもの）(4)

VI 生活の自立・介助などの状況（以下の中からいずれか1つを選択する）

a. 自立した生活が可能 (0)

b. 何らかの介助が必要 (1)

c. 日常生活の多くで介助が必要 (2)

d. 生命維持医療が必要 (4)

症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内かつ14行以内

■ その他の事項

ア. 臨床所見

理学所見					
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kg
計測時の年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	歳			

イ. 検査所見

※βカロチン、ビタミンA、ビタミンD、ビタミンE、ビタミンKの血中濃度は可能であれば補充前の値を記入すること

血液・生化学検査等							
検査年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日
ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g/dL					
AST (GOT)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	U/L	ALT (GPT)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	U/L		
γ-GTP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	U/L					



LDL コレステロール(直接法)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	総コレステロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
HDL コレステロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	トリグリセライド	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
アポリポタンパク B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
PT-INR	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		
血中βカロチン濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL	<input type="checkbox"/> 補充前	<input type="checkbox"/> 補充後
血中ビタミンA濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/dL	<input type="checkbox"/> 補充前	<input type="checkbox"/> 補充後
血中25-OH-ビタミンD濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> 補充前	<input type="checkbox"/> 補充後
血中ビタミンE濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> 補充前	<input type="checkbox"/> 補充後
血中αトコフェロール濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> 補充前	<input type="checkbox"/> 補充後
血中ビタミンK1濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> 補充前	<input type="checkbox"/> 補充後
血中ビタミンK2濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> 補充前	<input type="checkbox"/> 補充後
血中ドコサヘキサエン酸 (DHA)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/mL		
血中エイコサペンタエン酸 (EPA)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/mL		
貧血	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	鉄剤補充	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
脂肪肝	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	肝硬変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
出血傾向	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
画像所見			
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
骨密度 (YAM(腰椎))	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %		
骨密度 (YAM(大腿骨近位部))	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %		
骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
ビタミンD補充以外の骨粗鬆症の治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし *1を選択の場合、以下に記入		
	内容		

内分泌検査			
検査年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
血中遊離 T4 (基礎値)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/dL	血清 TSH (基礎値)
甲状腺機能低下症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
その他所見			
不整脈	<input type="checkbox"/> 1. 頻脈 <input type="checkbox"/> 2. 徐脈 <input type="checkbox"/> 3. 心房細動 <input type="checkbox"/> 4. なし		
心筋症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
その他心疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし *1 を選択の場合、以下に記入		
	内容		

ウ. 発症と経過

近親結婚の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	詳細		
低脂血症の家族の有無 (家族性低 β リポタンパク血症 1 (ホモ接合体) 以外の低脂血症の家族歴)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	詳細		

エ. 治療その他

ビタミンE 補充療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	薬剤名			
	投与量			
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明		
ビタミンA 補充療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	薬剤名			
	投与量			
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明		

ビタミンD 補充療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	投与量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
ビタミンK 補充療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	投与量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
脂肪摂取制限	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	指示内容	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/日以下
		総カロリーの <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/日以下
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
中鎖脂肪酸投与	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他の補充療法 1 (ビタミン B ₆ , ビタミン B ₁₂ , 葉酸, 鉄, 必須脂肪酸など)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他の補充療法 2 (ビタミン B ₆ , ビタミン B ₁₂ , 葉酸, 鉄, 必須脂肪酸など)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

その他の補充療法3 (ビタミン B ₆ , ビタミン B ₁₂ 、葉酸、鉄、必須脂肪酸など)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入										
医師の氏名												
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
診断年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。）
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近 6 か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成 26 年 11 月 12 日健発 1112 第 1 号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。