

臨床調査個人票 認定 不認定

079. 家族性高コレステロール血症 (ホモ接合体)(更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。

※診断基準、重症度分類については、「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。

※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。

■基本情報

氏名および受給者番号		受給者番号 ()	
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号		住所	
生年月日	西暦	年 月 日	性別
			1.男 2.女

■重症度分類に関する事項

※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。	
診断基準を満たすものをすべて対象とする	左記の重症度はいずれの場合も満たします。

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
特記事項	

■臨床所見 (概ね6か月以内の状況・データ)

理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg
喫煙歴	1.あり 2.なし 有りの場合 (本/日 × 年)		
飲酒歴	1.あり 2.なし 頻度: 日/ 単位: 1.週 2.月 3.年 1日平均日本酒に換算した酒量注1) : 合 年数: 年		
注1) アルコール量を日本酒1合に換算すると、ビール大瓶1本、ウイスキーダブル1杯、焼酎2/3合、ワイン1/3本			
皮膚黄色腫	1.あり 2.なし	時期	歳頃より
腱黄色腫	1.あり 2.なし	時期	歳頃より
		アキレス腱厚さ	右 mm 左 mm
弁疾患	1.あり 2.なし	弁の種類 ()	手術の有無 1.あり 2.なし
冠動脈疾患	1.あり 2.なし	罹患枝数 ()	PCI 1.あり 2.なし CABG 1.あり 2.なし
大動脈瘤	1.あり 2.なし	大動脈瘤の部位 ()	手術の有無 1.あり 2.なし
閉塞性動脈硬化症	1.あり 2.なし	Fontaine分類	1. I度 2. II度 3. III度 4. IV度
頸動脈硬化症	1.あり 2.なし	平均IMT	右 mm 左 mm
糖尿病	1.あり 2.なし	HbA1C	% (測定していれば)

■検査所見（概ね6か月以内のデータ）

	未治療時	薬物治療時	LDLアフェレシス治療前	LDLアフェレシス治療後
検査年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
総コレステロール 当てはまる測定法を チェック✓	mg/dL <input type="checkbox"/> 直接法 <input type="checkbox"/> フリーデワルド法	mg/dL <input type="checkbox"/> 直接法 <input type="checkbox"/> フリーデワルド法	mg/dL <input type="checkbox"/> 直接法 <input type="checkbox"/> フリーデワルド法	mg/dL <input type="checkbox"/> 直接法 <input type="checkbox"/> フリーデワルド法
LDLコレステロール	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
HDLコレステロール	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Lp(a)	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
トリグリセリド	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
LDL受容体活性 測定に用いた細胞を チェック	% <input type="checkbox"/> リンパ球 <input type="checkbox"/> 皮膚線維芽細胞	% <input type="checkbox"/> リンパ球 <input type="checkbox"/> 皮膚線維芽細胞	% <input type="checkbox"/> リンパ球 <input type="checkbox"/> 皮膚線維芽細胞	% <input type="checkbox"/> リンパ球 <input type="checkbox"/> 皮膚線維芽細胞

■治療その他

LDLアフェレシス														
有無	1.あり 2.なし	回数	日に1回	施行年数 年										
開始年月日	西暦 年 月 日													
服用薬剤														
スタチン	1.あり 2.なし	薬剤名	治療効果	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明										
レジン	1.あり 2.なし	薬剤名	治療効果	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明										
プロブコール	1.あり 2.なし	薬剤名	治療効果	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明										
エゼチミブ	1.あり 2.なし	薬剤名	治療効果	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明										
抗凝固剤・抗血小板剤	1.あり 2.なし	薬剤名	治療効果	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明										
その他の薬剤	1.あり 2.なし	薬剤名	治療効果	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明										
人工呼吸器（使用者のみ詳細記入）※本疾患により装着している者に限る														
使用の有無	1.あり 2.なし													
<以下有の場合> 開始時期	西暦 年 月	離脱の見込み	1.あり 2.なし											
種類	1.気管切開口を介した人工呼吸器 2.鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器													
施行状況	1.間欠的施行 2.夜間に継続的に施行 3.一日中施行 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 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													
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>													
医療機関所在地	医師の氏名													
電話番号	_____													
記載年月日: 年 月 日														

この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。