

告示番号 <b>77</b>		内分泌疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)			1/3	
病名	<b>81 ビタミンD抵抗性骨軟化症</b>			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	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						
最終受診日	( 年 月 日 )					
身体所見	血圧：収縮期：( )mmHg		拡張期：( )mmHg	実施日：( 年 月 日 )		
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]		跛行：[ なし ・ あり ]		
	筋・骨格	筋力低下：[ なし ・ あり ]		下肢変形：[ なし ・ あり ]	骨痛：[ なし ・ あり ]	
	精神・神経	テタニー：[ なし ・ あり ]		神経症状：[ なし ・ あり ]	痙攣：[ なし ・ あり ]	
	その他	症状 (その他)：( )				
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
身体所見	血圧：収縮期：( )mmHg		拡張期：( )mmHg	実施日：( 年 月 日 )		
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]		跛行：[ なし ・ あり ]		
	筋・骨格	筋力低下：[ なし ・ あり ]		下肢変形：[ なし ・ あり ]	骨痛：[ なし ・ あり ]	
	精神・神経	テタニー：[ なし ・ あり ]		神経症状：[ なし ・ あり ]	痙攣：[ なし ・ あり ]	
	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						
尿検査	尿中クレアチニン：( )mg/dL		尿中カルシウム：( )mg/dL	尿中リン：( )mg/dL		
血液検査	血清アルブミン：( )g/dL		ALP：( )U/L	血清Ca：( )mg/dL		
	血清P：( )mg/dL		血清Mg：( )mg/dL	BUN：( )mg/dL		
	血清クレアチニン：( )mg/dL		intact PTH：( )pg/mL	1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL		
	25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施		骨型ALP (BAP)：( )μg/L ・ 未実施			
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )			
	部位：[ 腰椎 ・ その他 ]		骨密度：( )g/cm <sup>2</sup>	同年齢比較：( )%		
画像検査	単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )			
	CT検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )			
	シンチグラフィ (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )	肋軟骨などへの多発取り込み：[ なし ・ あり ]		
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )			
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			
尿検査	尿中クレアチニン：( )mg/dL	尿中カルシウム：( )mg/dL	尿中リン：( )mg/dL
血液検査	血清アルブミン：( )g/dL	ALP：( )U/L	血清Ca：( )mg/dL
	血清P：( )mg/dL	血清Mg：( )mg/dL	BUN：( )mg/dL
	血清クレアチニン：( )mg/dL	intact PTH：( )pg/mL	1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL
	25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 intact FGF-23：( )pg/mL ・ 未実施	骨型ALP (BAP)：( )μg/L ・ 未実施	
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法)：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( )年 ( )月 ( )日	
	部位：[ 腰椎 ・ その他 ] 若年成人平均値 (YAM) の80%未満：[ なし ・ あり ]	骨密度：( )g/cm <sup>2</sup> 同年齢比較：( )%	
画像検査	単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( )年 ( )月 ( )日	
	CT検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( )年 ( )月 ( )日	
	シンチグラフィ (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( )年 ( )月 ( )日	肋軟骨などへの多発取り込み：[ なし ・ あり ]
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( )年 ( )月 ( )日	
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			
鑑別診断	ビタミンD欠乏症：[ なし ・ あり ]	骨粗鬆症：[ なし ・ あり ]	癌の多発骨転移：[ なし ・ あり ]
	多発性骨髄腫：[ なし ・ あり ]	腎性骨異常栄養症：[ なし ・ あり ]	副甲状腺機能亢進症：[ なし ・ あり ]
合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )		
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ]	詳細：( )	
	機能抑制療法：[ なし ・ あり ]	詳細：( )	
	薬物療法 (その他)：( )		
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( )年 ( )月 ( )日 術式：( )		
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