

告示番号		77		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		81 ビタミンD抵抗性骨軟化症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()			
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度		%	
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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)：()											
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) ₂ 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 intact FGF-23：()pg/mL ・ 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 ² 同年齢比較：()% 若年成人平均値 (YAM) の80%未満：[なし ・ あり]											
画像検査		単純X線検査 (骨)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		CT検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		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] 所見 (その他)：()											
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													
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：()											

