

告示番号		16		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〉		1/2		
病名		82 原発性低リン血症性くる病								受付種別		☐ 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) 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 (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] 体重増加不良：[なし ・ あり]												
	筋・骨格	下肢変形：[なし ・ あり]												
	精神・神経	テタニー：[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] 体重増加不良：[なし ・ あり]												
	筋・骨格	下肢変形：[なし ・ あり]												
	精神・神経	テタニー：[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) 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												
画像検査		単純X線検査 (骨)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) くる病所見：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()												
		CT検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
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) 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												

受給者番号（）

患者氏名（）

2025a-001

告示番号

16

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〉

2/2

画像検査

単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施]
所見（その他）：（）

実施日：（年月日）

くる病所見：[なし ・ あり]

CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]
所見：（）

実施日：（年月日）

遺伝学的検査

遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]
所見：（）

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]
低ホスファターゼ症：[なし ・ あり]
副甲状腺機能低下症：[なし ・ あり]

ビタミンD依存症1型：[なし ・ あり]
骨幹端骨異形成症：[なし ・ あり]
偽性副甲状腺機能低下症：[なし ・ あり]

ビタミンD依存症2型：[なし ・ あり]
Blount病：[なし ・ あり]

合併症

食物アレルギー：[なし ・ あり]
合併症（その他）：（）

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]
術式：（）

実施日：（年月日）

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

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

診断年月日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（）

年

月

日

年

月

日

・ 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

公費負担者番号

認定結果

研究同意の有無

受給者番号

階層区分

保険情報

年

月

日

[認定 ・ 不認定]

[有 ・ 無]

受給者番号（）有効期限

年

月

日

[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