

告示番号		14		骨系統疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名	2 軟骨無形成症							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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
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)			BMI				
		年	月	日		年	月	日	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)												
症状	身体所見	水頭症: [なし ・ あり]	手術の必要性: [なし ・ あり]										
		所見: ()											
		大孔狭窄: [なし ・ あり]	手術の必要性: [なし ・ あり]										
		所見: ()											
		脊柱管狭窄: [なし ・ あり]	手術の必要性: [なし ・ あり]										
	所見: ()												
	脊髄・馬尾圧迫: [なし ・ あり]	手術の必要性: [なし ・ あり]											
所見: ()													
神経障害: [なし ・ あり]	手術の必要性: [なし ・ あり]												
所見: ()													
全身	四肢短縮型の低身長: [なし ・ あり]												
筋・骨格	三尖手: [なし ・ あり]												
その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	身体所見	水頭症: [なし ・ あり]	手術の必要性: [なし ・ あり]										
		所見: ()											
		大孔狭窄: [なし ・ あり]	手術の必要性: [なし ・ あり]										
		所見: ()											
		脊柱管狭窄: [なし ・ あり]	手術の必要性: [なし ・ あり]										
	所見: ()												
	脊髄・馬尾圧迫: [なし ・ あり]	手術の必要性: [なし ・ あり]											
所見: ()													
神経障害: [なし ・ あり]	手術の必要性: [なし ・ あり]												
所見: ()													
全身	四肢短縮型の低身長: [なし ・ あり]												
筋・骨格	三尖手: [なし ・ あり]												
その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり] 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													
血液検査	C型ナトリウム利尿ペプチド (CNP): ()pg/mL ・ 未実施					総コレステロール: ()mg/dL ・ 未実施							
	LDLコレステロール: ()mg/dL ・ 未実施					HDLコレステロール: ()mg/dL ・ 未実施							

告示番号 **14** 骨系統疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

画像検査	単純X線検査 (骨) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 脊椎弓根間距離の狭小化 : [なし ・ あり] 座骨切痕の短縮 : [なし ・ あり] 円形の腸骨 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()
	CTまたはMRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) FGFR3遺伝子異常 : [なし ・ あり] 所見 : ()
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	
血液検査	C型ナトリウム利尿ペプチド (CNP) : ()pg/mL ・ 未実施 総コレステロール : ()mg/dL ・ 未実施 LDLコレステロール : ()mg/dL ・ 未実施 HDLコレステロール : ()mg/dL ・ 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) 脊椎弓根間距離の狭小化 : [なし ・ あり] 座骨切痕の短縮 : [なし ・ あり] 円形の腸骨 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()
	CTまたはMRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) FGFR3遺伝子異常 : [なし ・ あり] 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	
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
	成長ホルモン治療の有無 : [あり ・ なし] 成長ホルモン治療申請の有無 (※身長 -3.0SD以下の場合に成長ホルモン治療初回申請可) : [なし ・ あり]
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