

| 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 (継続申請用)        |                             | 1/2                     |  |         |
|------------------------|--|--|-----------------------------|-------------------------|--|---------|
| 病名                     | 2 軟骨無形成症   |  |                             | 受付種別                    | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日  |  |                             |                         |  |         |
| 氏名                     | (セイメイ)<br>(姓名)   |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)        | (セイメイ)<br>(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)   |         |
|                        | 年 月 日  | 年 月 日                                      | 年 月 日                       | 年 月 日                   | BMI<br>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                   | 治癒 ・ 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 )  |  |                             |                         |  |         |
| 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 ]<br>症状 (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 )<br>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 ]<br>所見 (その他): ( ) |  |                             |                         |  |         |
|                        | CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>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 ] |  |         |
| 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 ]<br>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 ]<br>詳細: ( )   |  |                             |                         |  |         |

|             |   |                                     |       |
|-------------|---|-------------------------------------|-------|
| 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 (継続申請用) | 2/2   |
| 薬物療法        | 機能抑制療法: [ なし ・ あり ]<br>詳細: ( )<br>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 )<br>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 )<br>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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |