

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		☐ 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] 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) 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: ()											

