

告示番号 13		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	3 軟骨低形成症			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)		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)		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)							
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: ()								
症状	症状・経過: ()							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
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: ()								
症状	症状・経過: ()							
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				
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またはMRI検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)					
	部位: ()							
	所見: ()							

告示番号 **13** 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**

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) 所見：()
	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