

告示番号 <b>13</b>		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	<b>3 軟骨低形成症</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <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 ( ) 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		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 )					
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)						
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: ( )					
画像検査	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): ( )					

告示番号 <b>13</b> 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	
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