

|                                         |      |                                                                                                                                                                     |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|-----------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|-------------|----------------------|----|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                    |      | 3                                                                                                                                                                   |                                            | 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〉 |                             | 1/2 |   |
| 病名                                      |      | 5 骨形成不全症                                                                                                                                                            |                                            |        |                             |             |                      |    | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                     |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 氏名                                      |      | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |    | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |      | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                         | cm ( SD)                                   |        |                             | 体重<br>(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                                     | 全身   | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                        |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 筋・骨格 | 骨折 : [ なし ・ あり ] 骨変形 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                  |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 眼    | 青色強膜 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 耳鼻咽喉 | 難聴 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         | その他  | 歯牙形成不全 : [ なし ・ あり ]<br>症状 (その他) : ( )                                                                                                                              |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |      |                                                                                                                                                                     |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 症 状                                     | 全身   | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                        |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 筋・骨格 | 骨折 : [ なし ・ あり ] 骨変形 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                  |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 眼    | 青色強膜 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 耳鼻咽喉 | 難聴 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         | その他  | 歯牙形成不全 : [ なし ・ あり ]<br>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 |      |                                                                                                                                                                     |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 骨塩定量検査                                  |      | 骨塩定量検査 (DEXA法、腰椎) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>骨密度 : ( )g/cm <sup>2</sup> 同年齢比較 : ( )%                                                                         |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         |      | 骨塩定量検査 (DEXA法、その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>部位 : ( )<br>骨密度 : ( )g/cm <sup>2</sup> 同年齢比較 : ( )%                                                            |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 画像検査                                    |      | 単純X線検査 (骨) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>頭蓋骨のWormian bone : [ なし ・ あり ] 長管骨の骨折および変形 : [ なし ・ あり ] 細い長管骨 : [ なし ・ あり ]<br>椎体圧迫骨折 : [ なし ・ あり ]<br>所見 (その他) : ( ) |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 遺伝学的検査                                  |      | 遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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                    |      |                                                                                                                                                                     |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 骨塩定量検査                                  |      | 骨塩定量検査 (DEXA法、腰椎) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>骨密度 : ( )g/cm <sup>2</sup> 同年齢比較 : ( )%                                                                         |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         |      | 骨塩定量検査 (DEXA法、その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>部位 : ( )<br>骨密度 : ( )g/cm <sup>2</sup> 同年齢比較 : ( )%                                                            |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |

