

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 (継続申請用)		1/2	
病名	5 骨形成不全症							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	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	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 ] 症状 (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 )		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 )		部位: ( )		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 )		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 ]			
	椎体圧迫骨折: [ なし ・ あり ]		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 )		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 ]												
既往歴	骨折: [ なし ・ あり ]												
鑑別診断	虐待児症候群: [ なし ・ あり ]		低ホスファターゼ症: [ なし ・ あり ]		多発性線維性骨異形成症: [ なし ・ あり ]		Ehlers Danlos 症候群: [ なし ・ あり ]						
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 **3** 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)
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 ( )		
	通院頻度 ( )回/月		
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