

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		☐ 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) 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 (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 ² 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 ² 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): ()											

