

告示番号		9		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	6 低ホスファターゼ症					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)									
症状	筋・骨格	病的骨折: [なし ・ あり]			膝変形: [なし ・ あり]					
	耳鼻咽喉	感音性難聴: [なし ・ あり]			伝音性難聴: [なし ・ あり]		混合性難聴: [なし ・ あり]			
	その他	乳歯の早期脱落 (4歳未満): [なし ・ あり]			症状 (その他): ()					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
身体所見	指極 (Arm span): ()cm									
症状	筋・骨格	病的骨折: [なし ・ あり]			膝変形: [なし ・ あり]					
	耳鼻咽喉	感音性難聴: [なし ・ あり]			伝音性難聴: [なし ・ あり]		混合性難聴: [なし ・ あり]			
	その他	乳歯の早期脱落 (4歳未満): [なし ・ あり]			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										
アミノ酸分析 (尿)	ホスホエタノールアミンの増加: [なし ・ あり ・ 不明]									
血液検査	ALP: ()U/L		実施日: (年 月 日)							
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			部位: [腰椎 ・ その他]			
	骨密度: ()g/cm ³		同年齢比較: ()%							
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			TNSALP遺伝子異常: [なし ・ あり]			
	遺伝子異常 (その他): ()									
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										
アミノ酸分析 (尿)	ホスホエタノールアミンの増加: [なし ・ あり ・ 不明]									
血液検査	ALP: ()U/L		実施日: (年 月 日)							
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			部位: [腰椎 ・ その他]			
	骨密度: ()g/cm ³		同年齢比較: ()%							
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			TNSALP遺伝子異常: [なし ・ あり]			
	遺伝子異常 (その他): ()									
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: ()									
既往歴	骨折: [なし ・ あり] 部位: ()									

告示番号 9		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)		2/2
妊娠出産歴 (女子のみ)	妊娠歴: [なし ・ あり ・ 不明] 出産歴: [なし ・ あり ・ 不明]	分娩様式: [経産分娩 ・ 帝王切開 ・ 不明]		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載				
薬物療法	酵素補充療法: [未実施 ・ 実施]	導入開始日: (年 月 日)		
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
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