

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 (継続申請用)		1/2	
病名	6 低ホスファターゼ症					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 )								
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 (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 <sup>3</sup>			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: ( )								
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 ( )								

<b>告示番号</b>	<b>9</b>	<b>骨系統疾患</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病</b>	<b>医療意見書</b>	<b>〈継続申請用〉</b>	<b>2/2</b>
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