

告示番号		8		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	8 多発性軟骨性外骨腫症					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]			関節変形: [なし ・ あり]		
		関節可動域制限: [なし ・ あり]			骨短縮: [なし ・ あり]			脱臼: [なし ・ あり]		
	精神・神経	精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害: [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]								
		発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]			自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]					
		注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]			限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]					
呼吸器・循環器	呼吸困難: [なし ・ あり]									
その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり]			小頭症 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]			多発性骨性皮下腫瘍: [なし ・ あり]			
	症状 (その他): ()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
画像検査	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)								
	所見: ()									
	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)								
	部位: ()									
	所見: ()									
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施]	8q24.1欠失: [なし ・ あり]								
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)								
	EXT1遺伝子異常: [なし ・ あり]	EXT2遺伝子異常: [なし ・ あり]		EXT3遺伝子異常: [なし ・ あり]						
	TRPS1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: ()									
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: () 常染色体優性遺伝: [なし ・ あり ・ 不明] 常染色体劣性遺伝: [なし ・ あり ・ 不明]									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載										
薬物療法	薬物療法: [なし ・ あり] 詳細: ()									
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり]			非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり]			人工呼吸管理: [なし ・ あり]			
	気管切開管理: [なし ・ あり]			気管挿管: [なし ・ あり]						

告示番号 **8** 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：() 所見：()
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