

告示番号 **15** 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) **1/3**

病名	<b>10 2型コラーゲン異常症関連疾患</b>			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)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%
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 )					
病型	病型分類 (2型コラーゲン異常症関連疾患): [ 軟骨無発生症2型 ・ 軟骨低発生症 ・ 扁平椎異形成症 Torrance型 ・ 先天性脊椎骨端異形成症 ・ 脊椎骨端骨幹異形成症 Strudwick型 ・ Kniest骨異形成症 ・ 脊椎末梢異形成症 ・ 早発性関節症を伴う軽症脊椎骨端異形成症 ・ 中足骨短縮を伴う脊椎骨端異形成症 (Czech異形成症) ・ Stickler症候群1型 ・ Stickler様症候群 ] 病型 (その他): ( )					
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	関節腫大:四肢大関節: [ なし ・ あり ]		手指関節: [ なし ・ あり ]		
		関節拘縮:四肢大関節: [ なし ・ あり ]				
		四肢短縮: [ なし ・ あり ]	変形性関節症: [ なし ・ あり ]		FTA (femorotibial angle): ( )度	
	脊柱変形: [ なし ・ あり ]	胸郭低形成: [ なし ・ あり ]				
	側彎: [ なし ・ あり ]	Cobb角: ( )度				
	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 ]		
呼吸器・循環器	呼吸困難: [ なし ・ あり ]					
眼	網膜剥離: [ なし ・ あり ]					
耳鼻咽喉	難聴: [ なし ・ あり ]					
その他	小頭症 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	関節腫大:四肢大関節: [ なし ・ あり ]		手指関節: [ なし ・ あり ]		
		関節拘縮:四肢大関節: [ なし ・ あり ]				
		四肢短縮: [ なし ・ あり ]	変形性関節症: [ なし ・ あり ]		FTA (femorotibial angle): ( )度	
	脊柱変形: [ なし ・ あり ]	胸郭低形成: [ なし ・ あり ]				
	側彎: [ なし ・ あり ]	Cobb角: ( )度				
	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 ]		
呼吸器・循環器	呼吸困難: [ なし ・ あり ]					
眼	網膜剥離: [ なし ・ あり ]					
耳鼻咽喉	難聴: [ なし ・ あり ]					
その他	小頭症 (-2.0SD以下): [ 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	
画像検査	超音波検査 (胎児): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	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	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) COL2A1遺伝子異常: [ なし ・ あり ] COL9A1遺伝子異常: [ なし ・ あり ] COL9A2遺伝子異常: [ なし ・ あり ] COL11A1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	
画像検査	超音波検査 (胎児): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	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	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) COL2A1遺伝子異常: [ なし ・ あり ] COL9A1遺伝子異常: [ なし ・ あり ] COL9A2遺伝子異常: [ なし ・ あり ] COL11A1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 ]
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