

告示番号 **11** 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	11 点状軟骨異形成症 (ペルオキシソーム病を除く。)			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		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	四肢短縮: [なし ・ あり]		指趾末端の短縮: [なし ・ あり]		片側性四肢低形成・無形成: [なし ・ あり]	
		片側体幹低形成: [なし ・ あり]		骨変形:四肢: [なし ・ あり]		四肢の非対称: [なし ・ あり]	
		変形性関節症: [なし ・ あり]		FTA (femorotibial angle): ()度		関節拘縮: [なし ・ あり]	
		側彎: [なし ・ あり]	Cobb角: ()度		多指 (趾): [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]			
呼吸器・循環器	注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]						
	発達障害 (その他): ()						
呼吸器・循環器	呼吸困難: [なし ・ あり]						
皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮膚: [なし ・ あり]		部分的脱毛: [なし ・ あり]				
眼	白内障: [なし ・ あり]						
その他	鼻骨低形成: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()						
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
代謝物測定	極長鎖脂肪酸: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		測定値: () 基準値: ()			
	フィタン酸: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		測定値: () 基準値: ()			
	プラスマローゲン: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		測定値: () 基準値: ()			
画像検査	超音波検査 (胎児): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		点状石灰化: [なし ・ あり]			
	所見 (その他): ()	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		点状石灰化: [なし ・ あり]	
遺伝学的検査	所見 (その他): ()		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		
	EBP 遺伝子異常: [なし ・ あり]	arylsulfatase E 遺伝子異常: [なし ・ あり]		NSDHL 遺伝子異常: [なし ・ あり]			
GGCX 遺伝子異常: [なし ・ あり]	VKORC1 遺伝子異常: [なし ・ あり]		LBR 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	先天性心疾患: [なし ・ あり]						
	詳細: ()						
合併症	腎奇形: [なし ・ あり]						
	詳細: ()						

告示番号 11 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	
合併症	合併症 (その他): ()
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] X連鎖優性遺伝: [なし ・ あり ・ 不明] X連鎖劣性遺伝: [なし ・ あり ・ 不明]
出生歴	羊水過多: [なし ・ あり]
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