

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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)											
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											
		脊柱変形: [なし ・ あり]			頸椎狭窄: [なし ・ あり]			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]							
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]							
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): ()												
画像検査	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]								
	所見 (その他): ()												
遺伝学的検査	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: ()												

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 医療機関所在地 電話番号 記載年月日 診断年月日 診療科 医師名 年 年 小児慢性特定疾病 指定医番号（ ） 月 月 日 日										

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