

| 告示番号 | | 2 | | 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 | 12 偽性軟骨無形成症 | | | | | | | 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 指極/身長 : () | | | | | | | | | | | | |
| 症状 | 全身 | 低身長 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 骨折 : [なし ・ あり] | | | 脱臼 : [なし ・ あり] | | | FTA (femorotibial angle) : () 度 | | | | | |
| | | 内反膝 : [なし ・ あり] | | | 外反膝 : [なし ・ あり] | | | 手指足趾の小関節の弛緩性 : [なし ・ あり] | | | | | |
| | | 側彎 : [なし ・ あり] | | | Cobb角 : () 度 | | | | | | | | |
| | 精神・神経 | 脊髄麻痺 : [なし ・ あり] | | | 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 | 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] | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 特徴的な顔貌 : [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 | 遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] | | 実施日 : (年 月 日) | | COMP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 **2** 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 |