

告示番号 <b>17</b>		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	13 ラーセン (Larsen) 症候群			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)	
		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	へら状指趾: [ なし ・ あり ]		内反足: [ なし ・ あり ]	外反踵足: [ なし ・ あり ]	
		関節拘縮: [ なし ・ あり ]		変形性関節症: [ なし ・ あり ]	FTA (femorotibial angle): ( ) 度	
	精神・神経	合指 (趾) 症: [ なし ・ あり ]		脊柱変形: [ なし ・ あり ]		
		側彎: [ なし ・ あり ]		Cobb角: ( ) 度		
		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 ]				
	呼吸器・循環器	発達障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				
眼	注意欠如多動症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					
	発達障害 (その他): ( )					
耳鼻咽喉	自閉スペクトラム症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					
その他	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 ]					
眼	白内障: [ なし ・ あり ]					
耳鼻咽喉	難聴: [ なし ・ あり ]					
その他	特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ]		水頭症: [ なし ・ あり ]	口唇口蓋裂: [ なし ・ あり ]		
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 )			
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		FLNB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	先天性股関節脱臼: [ なし ・ あり ]		気管軟化症: [ なし ・ あり ]	喉頭軟化症: [ なし ・ あり ]		
家族歴	合併症 (その他): ( )					
	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	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 ]			
薬物療法	薬物療法: [ なし ・ あり ]					
呼吸管理	詳細: ( )					
	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 **17** 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**

リハビリテーション	理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ]	補装具の使用：[ なし ・ あり ]	矯正ギプス：[ 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)
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