

| 告示番号                                    | 5   | 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                                      | 14 進行性骨化性線維異形成症   |   |                        | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |   |                        |                                  |
| 氏名                                      | (セイメイ)<br>(姓)   |   | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)   | (セイメイ)<br>(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                  | 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                             |
|   | 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             |
| 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 )   |   |                        |                                  |
| 症状                                      | 全身  | 体重増加不良: [ なし ・ あり ] 経口摂取不良: [ なし ・ あり ] 反復する下気道感染: [ なし ・ あり ]  |                        |                                  |
|   | 筋・骨格  | 四肢大関節の可動域制限: [ なし ・ あり ] 体幹の可動域制限: [ なし ・ あり ] 胸郭・脊柱の変形: [ なし ・ あり ]<br>繰り返すフレアアップ: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 母趾の変形・短縮: [ なし ・ あり ] 手の母指の短縮: [ なし ・ あり ]<br>小指の彎曲: [ なし ・ あり ] 下腿近位の骨突出: [ なし ・ あり ] 開口制限: [ 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 ]<br>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   | 呼吸困難: [ なし ・ あり ]   |                        |                                  |
|   | その他   | 症状 (その他): ( )   |                        |                                  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |   |   |                        |                                  |
| 症状                                      | 全身  | 体重増加不良: [ なし ・ あり ] 経口摂取不良: [ なし ・ あり ] 反復する下気道感染: [ なし ・ あり ]  |                        |                                  |
|   | 筋・骨格  | 四肢大関節の可動域制限: [ なし ・ あり ] 体幹の可動域制限: [ なし ・ あり ] 胸郭・脊柱の変形: [ なし ・ あり ]<br>繰り返すフレアアップ: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 母趾の変形・短縮: [ なし ・ あり ] 手の母指の短縮: [ なし ・ あり ]<br>小指の彎曲: [ なし ・ あり ] 下腿近位の骨突出: [ なし ・ あり ] 開口制限: [ 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 ]<br>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   | 呼吸困難: [ なし ・ あり ]   |                        |                                  |
|   | その他   | 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 |   |   |                        |                                  |
| 病理検査                                    | 切除標本: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                    |   |                        |                                  |
| 画像検査                                    | 単純X線検査 (体幹): [ 未実施 ・ 実施 ]                                       | 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |                        |                                  |
|   | 単純X線検査 (四肢): [ 未実施 ・ 実施 ]                                       | 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |                        |                                  |
|   | CT検査 (体幹): [ 未実施 ・ 実施 ]   | 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |                        |                                  |
|   | CT検査 (四肢): [ 未実施 ・ 実施 ]   | 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |                        |                                  |
|   | MRI検査 (体幹): [ 未実施 ・ 実施 ]  | 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |                        |                                  |
|   | MRI検査 (四肢): [ 未実施 ・ 実施 ]  | 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |                        |                                  |
|   | シンチグラフィ (骨): [ 未実施 ・ 実施 ]                                       | 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |                        |                                  |
| 遺伝学的検査                                  | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                   |   |                        |                                  |

告示番号 **5** 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) **2/3**

|                           |   |                             |                     |
|---------------------------|---|-----------------------------|---------------------|
| 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      |   |                             |                     |
| 病理検査                      | 切除標本: [ 未実施 ・ 実施 ]  | 実施日: ( 年 月 日 )              | ( )                 |
|                           | 所見: ( )   |                             |                     |
| 画像検査                      | 単純X線検査 (体幹): [ 未実施 ・ 実施 ]   | 実施日: ( 年 月 日 )              | ( )                 |
|                           | 所見: ( )   |                             |                     |
|                           | 単純X線検査 (四肢): [ 未実施 ・ 実施 ]   | 実施日: ( 年 月 日 )              | ( )                 |
|                           | 所見: ( )   |                             |                     |
|                           | CT検査 (体幹): [ 未実施 ・ 実施 ]   | 実施日: ( 年 月 日 )              | ( )                 |
|                           | 所見: ( )   |                             |                     |
|                           | CT検査 (四肢): [ 未実施 ・ 実施 ]   | 実施日: ( 年 月 日 )              | ( )                 |
| 所見: ( )                   |   |                             |                     |
| MRI検査                     | MRI検査 (体幹): [ 未実施 ・ 実施 ]  | 実施日: ( 年 月 日 )              | ( )                 |
|                           | 所見: ( )   |                             |                     |
|                           | MRI検査 (四肢): [ 未実施 ・ 実施 ]  | 実施日: ( 年 月 日 )              | ( )                 |
| 所見: ( )                   |   |                             |                     |
| シンチグラフィ (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] | 実施日: ( 年 月 日 )  | ( )                         |                     |
| 所見: ( )                   |   |                             |                     |
| 遺伝学的検査                    | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]   | 実施日: ( 年 月 日 )              | ( )                 |
| 所見: ( )                   |   |                             |                     |
| 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 ]  | 染色体異常: [ なし ・ あり ]          | ( )                 |
| 合併症 (その他): ( )            |   |                             |                     |
| 家族歴                       | 本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]   |                             | ( )                 |
| 詳細: ( )                   |   |                             |                     |
| 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: ( )                   |   |                             |                     |
| 栄養管理                      | 中心静脈栄養: [ なし ・ あり ]   | 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [ なし ・ あり ] | ( )                 |
| 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                   |
| 医療機関所在地                   | 診断年月日   | 年                           | 月                   |
| 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |