

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		☐ 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 () 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)				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 (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]			
				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]			
		精神・神経		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		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]			
				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]			
		精神・神経		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		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) 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 (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：()													

