

病名		16 骨硬化性疾患						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	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				骨折：[なし ・ あり]				骨髄炎：[なし ・ あり]				偽関節：[なし ・ あり]			
	精神・神経	てんかん：[なし ・ あり ・ 不明]				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]				顔面神経麻痺：[なし ・ あり]								脳神経障害：[なし ・ あり]			
		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]															
		眼											視力障害：[なし ・ あり]				
耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]																
	その他	顔貌異常 (前頭部突出、眼間解離、下顎突出など)：[なし ・ あり]				歯牙形成不全：[なし ・ あり]				水頭症：[なし ・ あり]							
症状 (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)											
画像検査		超音波検査 (胎児)：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)											
		単純X線検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)											
		部位：()															
		所見：()															
		CT検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)											
部位：()																	
所見：()																	
MRI 検査 (胸部)：[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：()															

