

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〈新規申請用〉		1/2	
病名		11 偽性軟骨無形成症							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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 (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													
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 : [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) : ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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 : [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 (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													
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 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

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〈新規申請用〉）								2/2	
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 遺伝子異常（その他）：						実施日：(年 月 日) COMP遺伝子異常：[なし ・ あり]					
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													
画像検査		単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施] 所見：											
		CT検査：[未実施 ・ 実施] 部位： 所見：											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 遺伝子異常（その他）：						実施日：(年 月 日) COMP遺伝子異常：[なし ・ あり]					
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] 気管切開管理：[なし ・ あり]						非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]					
手術		手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 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											
医療機関・医師署名													
上記の通り診断します。													
医療機関名 医療機関住所						記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）						(印)	