

告示番号		11		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		8 内軟骨腫症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 血管腫 : [なし ・ あり]											
	筋・骨格	骨折 : [なし ・ あり] 関節可動域制限 : [なし ・ あり] 脱臼 : [なし ・ あり] 関節腫大 : 四肢大関節 : [なし ・ あり] 関節拘縮 : 四肢大関節 : [なし ・ あり] 脚長差 : [なし ・ あり] 変形性関節症 : [なし ・ あり] FTA (femorotibial angle) : ()度											
	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] 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	症状 (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] 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 : ()												
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] 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]											
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] 補高装具 : [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) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	11	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							
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						記載年月日						年		月		日			
医療機関住所																			
						診療科													
						医師名										(印)			
						小児慢性特定疾病 指定医番号 ()													