

病名	80 ビタミンD依存性くる病					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	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											
身体所見	血圧:収縮期:()mmHg		拡張期:()mmHg		実施日:()年()月()日						
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし・あり]				体重増加不良: [なし・あり]					
	筋・骨格	下肢変形: [なし・あり]									
	精神・神経	テタニー: [なし・あり]				痙攣: [なし・あり]					
	その他	禿頭: [なし・あり] 症状 (その他): ()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
尿検査	尿中クレアチニン:()mg/dL				尿中カルシウム:()mg/dL						
血液検査	血清アルブミン:()g/dL		ALP:()U/L		血清Ca:()mg/dL						
	血清P:()mg/dL		血清Mg:()mg/dL		BUN:()mg/dL						
	血清クレアチニン:()mg/dL		intact PTH:()pg/mL		1,25-(OH) ₂ ビタミンD:()pg/mL						
25-OHビタミンD:()ng/mL ・ 未実施											
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 (頭部): [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	食物アレルギー: [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]										
経過 (申請時) ※直近の状況を記載											
薬物療法	補充療法: [なし・あり] 詳細: ()										
	機能抑制療法: [なし・あり] 詳細: ()										
	薬物療法 (その他): ()										
手術	手術: [未実施・実施予定・実施済] 実施日:()年()月()日 術式: ()										
治療	治療 (その他): ()										

