

告示番号		76		内分泌疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2			
病名	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:()										
遺伝学的検査	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):()										

受給者番号 ()

患者氏名 ()

2021a-001

告示番号 **76** 内分泌疾患 () 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)
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				
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			