

病名	81 ビタミンD抵抗性骨軟化症					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	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]		跛行: [なし ・ あり]					
	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり]		下肢変形: [なし ・ あり]		骨痛: [なし ・ あり]			
	精神・神経	テタニー: [なし ・ あり]		神経症状: [なし ・ あり]		痙攣: [なし ・ あり]			
	その他	症状 (その他): ()							
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]		跛行: [なし ・ あり]					
	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり]		下肢変形: [なし ・ あり]		骨痛: [なし ・ あり]			
	精神・神経	テタニー: [なし ・ あり]		神経症状: [なし ・ あり]		痙攣: [なし ・ あり]			
	その他	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									
尿検査	尿中クレアチニン:()mg/dL		尿中カルシウム:()mg/dL		尿中リン:()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		骨型ALP (BAP):()μg/L ・ 未実施						
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法): [未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)						
	部位: [腰椎 ・ その他]		骨密度:()g/cm ²		同年齢比較:()%				
画像検査	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)						
	CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)						
	シンチグラフィ (骨): [未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		肋軟骨などへの多発取り込み: [なし ・ あり]				
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)						
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()								

告示番号 **77** 内分泌疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

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	尿中リン：()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	骨型ALP (BAP)：()μg/L ・ 未実施	
intact FGF-23：()pg/mL ・ 未実施			
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	
	部位：[腰椎 ・ その他]	骨密度：()g/cm ²	同年齢比較：()%
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)	
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

鑑別診断	ビタミンD欠乏症：[なし ・ あり]	骨粗鬆症：[なし ・ あり]	癌の多発骨転移：[なし ・ あり]
	多発性骨髄腫：[なし ・ あり]	腎性骨異常栄養症：[なし ・ あり]	副甲状腺機能亢進症：[なし ・ あり]
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]		

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)：()		
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 (_____)