

病名	81 ビタミンD抵抗性骨軟化症					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											
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 (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)		骨密度:()g/cm ²					
	部位:[腰椎・その他]			若年成人平均値(YAM)の80%未満:[なし・あり]		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)						
	所見:()		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]				
	所見(その他):()										
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:()										

薬物療法	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 ()