

告示番号		16		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)		1/2		
病名	82 原発性低リン血症性くる病					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		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]		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	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]		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	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							
	intact FGF-23:()pg/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)		くる病所見:[なし・あり]			
	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):()									
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									

告示番号 **16** 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**

画像検査	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見 (その他): () <small>くる病所見: [なし ・ あり]</small>
	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

鑑別診断	ビタミンD欠乏症: [なし ・ あり]	ビタミンD依存症1型: [なし ・ あり]	ビタミンD依存症2型: [なし ・ あり]
	低ホスファターゼ症: [なし ・ あり]	骨幹端骨異形成症: [なし ・ あり]	Blount病: [なし ・ あり]
	副甲状腺機能低下症: [なし ・ あり]	偽性副甲状腺機能低下症: [なし ・ あり]	
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): ()
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 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)