

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			
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()			
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
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	%
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	治療 ・ 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										
最終受診日	(年 月 日)									
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]				
	所見 (その他)：()									
	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)							
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)	くる病所見: [なし ・ あり]		
	所見 (その他): ()				
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)			
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	
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 ()				
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
医療機関所在地			診断年月日	年	月 日
電話番号			診療科		
			医師名		
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

* 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日