

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 (継続申請用) **1/2**

病名	82 原発性低リン血症性くる病			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)		
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		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 (申請時) ※直近の状況を記載							
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)：()					
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				
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：()		
	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)：()							

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 (継続申請用) **2/2**

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)
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 ()		
	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