

告示番号		13		骨系統疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	3 軟骨低形成症							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	水頭症:[なし・あり]			手術の必要性:[なし・あり]									
	所見:()												
	大孔狭窄:[なし・あり]			手術の必要性:[なし・あり]									
	所見:()												
	脊柱管狭窄:[なし・あり]			手術の必要性:[なし・あり]									
所見:()													
脊髄・馬尾圧迫:[なし・あり]			手術の必要性:[なし・あり]										
所見:()													
神経障害:[なし・あり]			手術の必要性:[なし・あり]										
所見:()													
症状	症状・経過:()												
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見	水頭症:[なし・あり]			手術の必要性:[なし・あり]									
	所見:()												
	大孔狭窄:[なし・あり]			手術の必要性:[なし・あり]									
	所見:()												
	脊柱管狭窄:[なし・あり]			手術の必要性:[なし・あり]									
所見:()													
脊髄・馬尾圧迫:[なし・あり]			手術の必要性:[なし・あり]										
所見:()													
神経障害:[なし・あり]			手術の必要性:[なし・あり]										
所見:()													
症状	症状・経過:()												
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													
血液検査	C型ナトリウム利尿ペプチド(CNP):()pg/mL・未実施						総コレステロール:()mg/dL・未実施						
	LDLコレステロール:()mg/dL・未実施						HDLコレステロール:()mg/dL・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)									
	所見:()												
CTまたはMRI検査:[未実施・実施]			実施日:(年 月 日)										
部位:()													
所見:()													

告示番号 13 骨系統疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) FGFR3遺伝子異常：[なし ・ あり] 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		
血液検査	C型ナトリウム利尿ペプチド (CNP)：()pg/mL ・ 未実施 総コレステロール：()mg/dL ・ 未実施 LDLコレステロール：()mg/dL ・ 未実施 HDLコレステロール：()mg/dL ・ 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) 所見：()	
	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) FGFR3遺伝子異常：[なし ・ あり] 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		
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	
	成長ホルモン治療の有無：[あり ・ なし] 成長ホルモン治療申請の有無 (※身長 -3.0SD以下の場合に成長ホルモン治療初回申請可)：[なし ・ あり]	
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 ()	