

病名	<b>3 軟骨低形成症</b>					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	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)									
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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )