

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 (継続申請用)		1/2	
病名	3 軟骨低形成症							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		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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			