

病名	4 骨形成不全症					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										
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]								
	筋・骨格	骨折: [なし ・ あり] 骨変形: [なし ・ あり]								
	眼	青色強膜: [なし ・ あり]								
	耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]								
	その他	歯牙形成不全: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()								
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]								
	筋・骨格	骨折: [なし ・ あり] 骨変形: [なし ・ あり]								
	眼	青色強膜: [なし ・ あり]								
	耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]								
	その他	歯牙形成不全: [なし ・ あり] 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										
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法、腰椎): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)				
	骨密度: ()g/cm ² 同年齢比較: ()%									
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法、その他): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)				
	部位: () 骨密度: ()g/cm ² 同年齢比較: ()%									
画像検査	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)				
頭蓋骨のWormian bone: [なし ・ あり]					長管骨の骨折および変形: [なし ・ あり]					
椎体圧迫骨折: [なし ・ あり]					細い長管骨: [なし ・ あり]					
所見 (その他): ()										
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): ()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法、腰椎): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)				
	骨密度: ()g/cm ² 同年齢比較: ()%									
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法、その他): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)				
	部位: () 骨密度: ()g/cm ² 同年齢比較: ()%									

告示番号 3 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

画像検査	単純X線検査 (骨) : [未実施 ・ 実施] 頭蓋骨のWormian bone : [なし ・ あり] 椎体圧迫骨折 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()	実施日 : (年 月 日) 長管骨の骨折および変形 : [なし ・ あり]	細い長管骨 : [なし ・ あり]
------	---	--	---------------------

遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()	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

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]
-----	----------------------------

既往歴	骨折 : [なし ・ あり]
-----	------------------

鑑別診断	虐待児症候群 : [なし ・ あり] Ehlers Danlos 症候群 : [なし ・ あり]	低ホスファターゼ症 : [なし ・ あり]	多発性線維性骨異形成症 : [なし ・ あり]
------	---	-------------------------	---------------------------

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 : ()
------	--------------------------------

薬物療法	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] 術式 : ()	実施日 : (年 月 日)
----	---------------------------------------	-----------------

治療	治療 (その他) : ()
----	----------------

今後の治療方針	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
---------	---

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 ()			