

<b>告示番号</b>	<b>7</b>	<b>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)</b>		<b>1/2</b>
-------------	----------	--	--	------------

<b>病名</b>	<b>4 タナトフォリック骨異形成症</b>				<b>受付種別</b>	<input type="checkbox"/> 新規	
<b>受給者番号</b>		<b>受診日</b>	年 月 日				
<b>ふりがな</b> 氏名 (Alphabet)				(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
<b>生年月日</b>	年 月 日	<b>意見書記載時の年齢</b>		歳 か月 日	<b>性別</b>	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
<b>出生体重</b>	g	<b>出生週数</b>	在胎 週 日	<b>出生時に住民登録をした所</b> ( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
<b>現在の身長・体重</b>	<b>身長 (測定日)</b>	cm ( SD)		<b>体重 (測定日)</b>	kg ( SD)		<b>BMI</b>
		年 月 日			年 月 日		<b>肥満度</b>
<b>発病時期</b>	年 月 頃	<b>初診日</b>	年 月 日				
<b>就学・就労状況</b>	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 ( )						
<b>手帳取得状況</b>	<b>身体障害者手帳</b>	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)			<b>療育手帳</b>	なし ・ あり	
	<b>精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)</b>	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
<b>現状評価</b>	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能			<b>運動制限の必要性</b>		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	
<b>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</b>							
<b>症状</b>	<b>全身</b>	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]			体幹短縮: [ なし ・ あり ]		
	<b>呼吸器・循環器</b>	呼吸障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
	<b>消化器</b>	腹部膨満: [ なし ・ あり ]					
	<b>筋・骨格</b>	四肢短縮: [ なし ・ あり ]		胸郭低形成: [ なし ・ あり ]		側彎: [ なし ・ あり ]	
		脊柱変形: [ なし ・ あり ]		変形性関節症: [ なし ・ あり ]		短指趾症: [ なし ・ あり ]	
	三尖手: [ なし ・ あり ]		骨折: [ なし ・ あり ]		脱臼: [ なし ・ あり ]		
	筋緊張低下: [ なし ・ あり ]						
	<b>精神・神経</b>	痙攣発作: [ なし ・ あり ]		意識障害: [ なし ・ あり ]		行動障害 (自傷行為又は多動): [ なし ・ あり ]	
		精神発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]					
	移動障害: [ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]						
<b>眼</b>	視力障害: [ なし ・ あり ]						
<b>耳鼻咽喉</b>	聴力障害: [ なし ・ あり ]						
<b>皮膚・粘膜</b>	黒色表皮腫: [ なし ・ あり ]		色素沈着: [ なし ・ あり ]		四肢の皮膚の皸裂: [ なし ・ あり ]		
<b>その他</b>	巨大頭蓋: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>							
<b>症状</b>	<b>全身</b>	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]			体幹短縮: [ なし ・ あり ]		
	<b>呼吸器・循環器</b>	呼吸障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
	<b>消化器</b>	腹部膨満: [ なし ・ あり ]					
	<b>筋・骨格</b>	四肢短縮: [ なし ・ あり ]		胸郭低形成: [ なし ・ あり ]		側彎: [ なし ・ あり ]	
		脊柱変形: [ なし ・ あり ]		変形性関節症: [ なし ・ あり ]		短指趾症: [ なし ・ あり ]	
	三尖手: [ なし ・ あり ]		骨折: [ なし ・ あり ]		脱臼: [ なし ・ あり ]		
	筋緊張低下: [ なし ・ あり ]						
	<b>精神・神経</b>	痙攣発作: [ なし ・ あり ]		意識障害: [ なし ・ あり ]		行動障害 (自傷行為又は多動): [ なし ・ あり ]	
		精神発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]					
	移動障害: [ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]						
<b>眼</b>	視力障害: [ なし ・ あり ]						
<b>耳鼻咽喉</b>	聴力障害: [ なし ・ あり ]						
<b>皮膚・粘膜</b>	黒色表皮腫: [ なし ・ あり ]		色素沈着: [ なし ・ あり ]		四肢の皮膚の皸裂: [ なし ・ あり ]		
<b>その他</b>	巨大頭蓋: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						

告示番号 **7** 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**

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

画像検査	単純X線検査 (四肢): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 長管骨 (特に大腿骨と上腕骨) の著明な短縮: [ なし ・ あり ] 長管骨 (特に大腿骨と上腕骨) の特有の骨幹端変化: [ なし ・ あり ]
	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 肋骨の短縮による胸郭低形成: [ なし ・ あり ] 著明な扁平椎体: [ なし ・ あり ] 方形骨盤 (腸骨の低形成): [ なし ・ あり ] 巨大頭蓋 (又は相対的的巨大頭蓋): [ なし ・ あり ] 頭蓋底短縮: [ なし ・ あり ] 頭蓋骨のクローバー葉様変形: [ なし ・ あり ]

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 ] 遺伝子変異: ( ) アミノ酸変異: ( )
--------	---

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

画像検査	単純X線検査 (四肢): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 長管骨 (特に大腿骨と上腕骨) の著明な短縮: [ なし ・ あり ] 長管骨 (特に大腿骨と上腕骨) の特有の骨幹端変化: [ なし ・ あり ]
	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 肋骨の短縮による胸郭低形成: [ なし ・ あり ] 著明な扁平椎体: [ なし ・ あり ] 方形骨盤 (腸骨の低形成): [ なし ・ あり ] 巨大頭蓋 (又は相対的的巨大頭蓋): [ なし ・ あり ] 頭蓋底短縮: [ なし ・ あり ] 頭蓋骨のクローバー葉様変形: [ なし ・ あり ]

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 ] 遺伝子変異: ( ) アミノ酸変異: ( )
--------	---

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 ] 詳細: ( )
-----	--------------------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	薬物療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
------	------------------------------

手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )
----	--

治療	後遺症のための継続的治療の必要性: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
	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

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 ( )		