

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 (継続申請用)		1/2	
病名	4 タナトフォリック骨異形成症					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
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									
症状	全身	低身長(-2.0SD以下): [なし・あり]			体幹短縮: [なし・あり]				
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし・あり] 詳細: ()							
	消化器	腹部膨満: [なし・あり]							
	筋・骨格	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]								
	精神・神経	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]							
	眼	視力障害: [なし・あり]							
耳鼻咽喉	聴力障害: [なし・あり]								
皮膚・粘膜	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]			
その他	巨大頭蓋: [なし・あり] 症状(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(又は相対的巨頭蓋): [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 ()