

病名	5 低ホスファターゼ症					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	筋・骨格	病的骨折: [なし ・ あり]			膝変形: [なし ・ あり]				
	耳鼻咽喉	感音性難聴: [なし ・ あり]			伝音性難聴: [なし ・ あり]		混合性難聴: [なし ・ あり]		
	その他	乳歯の早期脱落 (4歳未満): [なし ・ あり]			症状 (その他): ()				
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
身体所見	指極 (Arm span): () cm								
症状	筋・骨格	病的骨折: [なし ・ あり]			膝変形: [なし ・ あり]				
	耳鼻咽喉	感音性難聴: [なし ・ あり]			伝音性難聴: [なし ・ あり]		混合性難聴: [なし ・ あり]		
	その他	乳歯の早期脱落 (4歳未満): [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									
アミノ酸分析 (尿)	ホスホエタノールアミンの増加: [なし ・ あり ・ 不明]								
血液検査	ALP: () U/L		実施日: (年 月 日)						
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		部位: [腰椎 ・ その他]			
	骨密度: () g/cm ³		同年齢比較: () %						
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		TNSALP 遺伝子異常: [なし ・ あり]			
	遺伝子異常 (その他): ()								
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									
アミノ酸分析 (尿)	ホスホエタノールアミンの増加: [なし ・ あり ・ 不明]								
血液検査	ALP: () U/L		実施日: (年 月 日)						
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		部位: [腰椎 ・ その他]			
	骨密度: () g/cm ³		同年齢比較: () %						
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		TNSALP 遺伝子異常: [なし ・ あり]			
	遺伝子異常 (その他): ()								
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: ()								
既往歴	骨折: [なし ・ あり] 部位: ()								

告示番号 8 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

妊娠出産歴 (女子のみ)	妊娠歴：[なし ・ あり ・ 不明] 出産歴：[なし ・ あり ・ 不明]	分娩様式：[経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ 不明]
-----------------	--	---------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	酵素補充療法：[未実施 ・ 実施]	導入開始日：(年 月 日)
------	---------------------	-----------------

治療	治療 (その他)：()
----	--------------

今後の治療方針	今後の治療方針：()
---------	-------------

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 ()