

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)		1/2	
病名	5 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 <sup>2</sup>			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 <sup>2</sup>			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 ]			細い長管骨 : [ なし ・ あり ]						
椎体圧迫骨折 : [ 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 <sup>2</sup>			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 <sup>2</sup>			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 : ( )	
	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 : ( )	
	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 ( )	