

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 (継続申請用)

病名	5 低ホスファターゼ症			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		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

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 (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/cm³ 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: ()
-----	-------------------------

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 ()	