

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 (継続申請用)		1/2	
病名	5 骨形成不全症							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				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]											
	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 (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 ²					同年齢比較 : () %							
画像検査	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 ²							
遺伝学的検査	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]							
検査所見 (その他)	椎体圧迫骨折 : [なし ・ あり]					細い長管骨 : [なし ・ あり]							
	所見 (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 : ()												
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] 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] Ehlers Danlos 症候群 : [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] 実施日：(年 月 日) 術式：()
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 ()