

告示番号		9		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	6 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 <sup>3</sup>		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 ]				
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 <sup>3</sup>		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 ]				
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	