

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 (継続申請用)	
病名	6 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 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					
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/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 ]		
	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	
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	