

病名	<b>7 多発性軟骨性外骨腫症</b>			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	治療 ・ 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 (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 ]	関節変形: [ なし ・ あり ]
		関節可動域制限: [ なし ・ あり ]	骨短縮: [ なし ・ あり ]	脱臼: [ なし ・ あり ]
	精神・神経	精神発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]		
		移動障害: [ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 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 ]	関節変形: [ なし ・ あり ]
		関節可動域制限: [ なし ・ あり ]	骨短縮: [ なし ・ あり ]	脱臼: [ なし ・ あり ]
	精神・神経	精神発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]		
		移動障害: [ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]		

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

画像検査	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
遺伝学的検査	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	8q24.1欠失: [ なし ・ あり ]	
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	

**告示番号 7 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**

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )		
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
画像検査	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	所見: ( )		
画像検査	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
遺伝学的検査	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	8q24.1欠失: [ なし ・ あり ]	
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	EXT1遺伝子異常: [ なし ・ あり ]	EXT2遺伝子異常: [ なし ・ あり ]	EXT3遺伝子異常: [ なし ・ あり ]
	TRPS1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): ( )		
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
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 ] 詳細: ( ) 常染色体優性遺伝: [ なし ・ あり ・ 不明 ]      常染色体劣性遺伝: [ なし ・ あり ・ 不明 ]		
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
薬物療法	薬物療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )		
呼吸管理	酸素療法: [ なし ・ あり ] 気管切開管理: [ なし ・ あり ]	非侵襲的陽圧換気療法: [ なし ・ あり ] 気管挿管: [ なし ・ あり ]	人工呼吸管理: [ なし ・ あり ]
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( ) 所見: ( )		
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
<b>医療機関・医師署名</b>			
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 ( )		