

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 (新規申請用)		1/2	
病名	8 多発性軟骨性外骨腫症								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		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	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]											
		発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]			自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]			注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]					
	発達障害 (その他): ()			限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]									
呼吸器・循環器	呼吸困難: [なし ・ あり]												
その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり]			小頭症 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]			多発性骨性皮下腫瘍: [なし ・ あり]						
	症状 (その他): ()												
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]											
		発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]			自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]			注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]					
	発達障害 (その他): ()			限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]									
呼吸器・循環器	呼吸困難: [なし ・ あり]												
その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり]			小頭症 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]			多発性骨性皮下腫瘍: [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													
画像検査	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		所見: ()							
	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): ()									

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 (新規申請用) **2/2**

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			
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: ()	()	
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)	
遺伝学的検査	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): ()		
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]		
合併症	詳細: ()		
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]		
	詳細: ()		
家族歴	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]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	薬物療法: [なし ・ あり]		
薬物療法	詳細: ()		
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり]	人工呼吸管理: [なし ・ あり]
	気管切開管理: [なし ・ あり]	気管挿管: [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: ()	()	
手術	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)
今後の治療方針	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 ()		