

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 (継続申請用)		1/2	
病名	8 多発性軟骨性外骨腫症								受付種別	<input type="checkbox"/> 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		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]			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]			限局性学習症 : [なし ・ あり ・ 不明]									
	発達障害 (その他) : ()												
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 (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 : ()												
	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) : ()												
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] 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]												
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] 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：()		
	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
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 ()		