

告示番号	12	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	9 内軟骨腫症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号		受診日	年	月	日											
ふりがな						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)										
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					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] 血管腫: [なし ・ あり]														
	筋・骨格	骨折: [なし ・ あり]					関節可動域制限: [なし ・ あり]					脱臼: [なし ・ あり]				
		関節腫大: 四肢大関節: [なし ・ あり]					関節拘縮: 四肢大関節: [なし ・ あり]					脚長差: [なし ・ あり]				
		変形性関節症: [なし ・ あり]					FTA (femorotibial angle): ()度									
	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	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] 血管腫: [なし ・ あり]														
	筋・骨格	骨折: [なし ・ あり]					関節可動域制限: [なし ・ あり]					脱臼: [なし ・ あり]				
		関節腫大: 四肢大関節: [なし ・ あり]					関節拘縮: 四肢大関節: [なし ・ あり]					脚長差: [なし ・ あり]				
		変形性関節症: [なし ・ あり]					FTA (femorotibial angle): ()度									
	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	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: ()															
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: ()
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
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]
リハビリテーション	理学療法: [未実施 ・ 実施] 補装具の使用: [なし ・ あり] 補高装具: [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 ()