

告示番号		15		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	10 2型コラーゲン異常症関連疾患					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	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											
病型	病型分類 (2型コラーゲン異常症関連疾患): [軟骨無発症2型 ・ 軟骨低発症 ・ 扁平椎異形成症 Torrance型 ・ 先天性脊椎骨端異形成症 ・ 脊椎骨端骨幹異形成症 Strudwick型 ・ Kniest 骨異形成症 ・ 脊椎末梢異形成症 ・ 早発性関節症を伴う軽症脊椎骨端異形成症 ・ 中足骨短縮を伴う脊椎骨端異形成症 (Czech 異形成症) ・ Stickler 症候群1型 ・ Stickler 様症候群] 病型 (その他): ()										
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節腫大: 四肢大関節: [なし ・ あり]		手指関節: [なし ・ あり]							
		関節拘縮: 四肢大関節: [なし ・ あり]									
		四肢短縮: [なし ・ あり]		変形性関節症: [なし ・ あり]		FTA (femorotibial angle): () 度					
		脊柱変形: [なし ・ あり]		胸郭低形成: [なし ・ あり]							
	側彎: [なし ・ あり]		Cobb角: () 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]										
眼	網膜剥離: [なし ・ あり]										
耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]										
その他	小頭症 (-2.0SD以下): [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	関節腫大: 四肢大関節: [なし ・ あり]		手指関節: [なし ・ あり]							
		関節拘縮: 四肢大関節: [なし ・ あり]									
		四肢短縮: [なし ・ あり]		変形性関節症: [なし ・ あり]		FTA (femorotibial angle): () 度					
		脊柱変形: [なし ・ あり]		胸郭低形成: [なし ・ あり]							
	側彎: [なし ・ あり]		Cobb角: () 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]										
眼	網膜剥離: [なし ・ あり]										

症状	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]
	その他	小頭症 (−2.0SD以下)：[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	超音波検査 (胎児)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	
	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	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	COL2A1遺伝子異常：[なし ・ あり]	COL9A1遺伝子異常：[なし ・ あり]
	COL11A1遺伝子異常：[なし ・ あり]	COL9A2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)：()
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

画像検査	超音波検査 (胎児)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	
	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	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	COL2A1遺伝子異常：[なし ・ あり]	COL9A1遺伝子異常：[なし ・ あり]
	COL11A1遺伝子異常：[なし ・ あり]	COL9A2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]
	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 ()	