

病名	10 点状軟骨異形成症 (パルオキシソーム病を除く。)										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		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	四肢短縮 : [ なし ・ あり ]			指趾末端の短縮 : [ なし ・ あり ]			片側性四肢低形成・無形成 : [ なし ・ あり ]					
		片側体幹低形成 : [ なし ・ あり ]			骨変形 : 四肢 : [ なし ・ あり ]			四肢の非対称 : [ なし ・ あり ]					
		変形性関節症 : [ なし ・ あり ]			FTA ( femorotibial angle ) : ( ) 度			関節拘縮 : [ なし ・ あり ]					
	側彎 : [ なし ・ あり ] Cobb角 : ( ) 度			頸椎狭窄 : [ なし ・ あり ]			多指 (趾) : [ なし ・ あり ]						
	脊柱変形 : [ 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 ]												
皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮膚 : [ なし ・ あり ]			部分的脱毛 : [ なし ・ あり ]									
眼	白内障 : [ なし ・ あり ]												
その他	鼻骨低形成 : [ なし ・ あり ]												
症状 ( その他 ) : ( )													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
代謝物測定	極長鎖脂肪酸 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )											
	測定値 : ( )	基準値 : ( )											
	フィタン酸 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )											
測定値 : ( )	基準値 : ( )												
プラスマローゲン : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )												
測定値 : ( )	基準値 : ( )												
画像検査	超音波検査 (胎児) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )		点状石灰化 : [ なし ・ あり ]									
	所見 (その他) : ( )												
単純X線検査 (骨) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )		点状石灰化 : [ なし ・ あり ]										
	所見 (その他) : ( )												
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )											
	EBP遺伝子異常 : [ なし ・ あり ]	arylsulfatase E 遺伝子異常 : [ なし ・ あり ]			NSDHL遺伝子異常 : [ なし ・ あり ]								
	GGCX遺伝子異常 : [ なし ・ あり ]	VKORC1遺伝子異常 : [ なし ・ あり ]			LBR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	先天性心疾患 : [ なし ・ あり ]												
	詳細 : ( )												
腎奇形 : [ なし ・ あり ]													
詳細 : ( )													

告示番号 10		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)		2/2
合併症	合併症 (その他) : ( )			
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 ] X連鎖優性遺伝 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]      X連鎖劣性遺伝 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]			
出生歴	羊水過多 : [ なし ・ あり ]			
<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 ]      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			
<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 (      )			