

告示番号 **2** 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	12 偽性軟骨無形成症					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		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									
身体所見	指極 (Arm span) : () cm 指極/身長 : ()								
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり]							
	筋・骨格	骨折 : [なし ・ あり]		脱臼 : [なし ・ あり]		FTA (femorotibial angle) : () 度			
		内反膝 : [なし ・ あり]		外反膝 : [なし ・ あり]		手指足趾の小関節の弛緩性 : [なし ・ あり]			
		側彎 : [なし ・ あり]		Cobb角 : () 度					
	精神・神経	脊髄麻痺 : [なし ・ あり]		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] 症状 (その他) : ()								
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
身体所見	指極 (Arm span) : () cm 指極/身長 : ()								
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり]							
	筋・骨格	骨折 : [なし ・ あり]		脱臼 : [なし ・ あり]		FTA (femorotibial angle) : () 度			
		内反膝 : [なし ・ あり]		外反膝 : [なし ・ あり]		手指足趾の小関節の弛緩性 : [なし ・ あり]			
		側彎 : [なし ・ あり]		Cobb角 : () 度					
	精神・神経	脊髄麻痺 : [なし ・ あり]		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] 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 : ()				

告示番号 **2** 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**

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) COMP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	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) COMP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 ()