

告示番号 **17** 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	13 ラーセン (Larsen) 症候群					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									
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]							
	筋・骨格	へら状指趾: [ なし ・ あり ]		内反足: [ なし ・ あり ]		外反踵足: [ なし ・ あり ]			
		関節拘縮: [ なし ・ あり ]		変形性関節症: [ なし ・ あり ]		FTA (femorotibial angle): ( ) 度			
		合指 (趾) 症: [ なし ・ あり ]		脊柱変形: [ 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 ]
呼吸器・循環器	呼吸困難: [ なし ・ あり ]								
眼	白内障: [ なし ・ あり ]								
耳鼻咽喉	難聴: [ なし ・ あり ]								
その他	特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ]		水頭症: [ なし ・ あり ]		口唇口蓋裂: [ なし ・ あり ]			( )	
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	へら状指趾: [ なし ・ あり ]		内反足: [ なし ・ あり ]		外反踵足: [ なし ・ あり ]			
		関節拘縮: [ なし ・ あり ]		変形性関節症: [ なし ・ あり ]		FTA (femorotibial angle): ( ) 度			
		合指 (趾) 症: [ なし ・ あり ]		脊柱変形: [ 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 ]
呼吸器・循環器	呼吸困難: [ なし ・ あり ]								
眼	白内障: [ なし ・ あり ]								
耳鼻咽喉	難聴: [ なし ・ あり ]								
その他	特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ]		水頭症: [ なし ・ あり ]		口唇口蓋裂: [ なし ・ あり ]			( )	

告示番号 <b>17</b> 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
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: ( )	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 遺伝子異常 (その他): ( )	FLNB遺伝子異常: [ なし ・ あり ]
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: ( )	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 遺伝子異常 (その他): ( )	FLNB遺伝子異常: [ なし ・ あり ]
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	先天性股関節脱臼: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )	気管軟化症: [ なし ・ あり ] 喉頭軟化症: [ なし ・ あり ]
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 ] 気管切開管理: [ なし ・ あり ]	非侵襲的陽圧換気療法: [ なし ・ あり ] 気管挿管: [ なし ・ あり ] 人工呼吸管理: [ 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 ] 矯正ギプス: [ 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 ( )	