

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 (継続申請用) **1/2**

病名	13 ラーセン (Larsen) 症候群					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	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	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]						
	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]				
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		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]			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]			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]	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 ()