

病名	13 進行性骨化性線維異形成症					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	体重増加不良:[なし・あり]			経口摂取不良:[なし・あり]			反復する下気道感染:[なし・あり]			
	筋・骨格	四肢大関節の可動域制限:[なし・あり]			体幹の可動域制限:[なし・あり]			胸郭・脊柱の変形:[なし・あり]			
	精神・神経	繰り返しすべアアップ:[なし・あり・不明] 母趾の変形・短縮:[なし・あり] 手の母指の短縮:[なし・あり] 小指の彎曲:[なし・あり] 下腿近位の骨突出:[なし・あり] 開口制限:[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]									
	呼吸器・循環器	呼吸困難:[なし・あり]									
その他	症状(その他):()										
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載											
病理検査	切除標本:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
画像検査	単純X線検査(体幹):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
	単純X線検査(四肢):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
	CT検査(体幹):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
	CT検査(四肢):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
	MRI検査(体幹):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
	MRI検査(四肢):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
遺伝学的検査	シンチグラフィ(骨):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
	遺伝子検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
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] 染色体異常:[なし・あり] 合併症(その他):()										
家族歴	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明] 詳細:()										

受給者番号 (

) 患者氏名 (

)

告示番号

5

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

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：()		
栄養管理	中心静脈栄養：[なし ・ あり]	経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む)：[なし ・ あり]	
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

(印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()