

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 (新規申請用)		1/2		
病名	14 進行性骨化性線維異形成症					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										
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 ]				
		繰り返すフレアアップ:[ 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・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 ]								
呼吸器・循環器	呼吸困難:[ なし・あり ]									
その他	症状(その他):( )									
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 ]				
		繰り返すフレアアップ:[ 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・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 ]								
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(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										
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:( )									
シンチグラフィ(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 ) 所見:( )									

告示番号 <b>5</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 (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									
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: ( )								
	シンチグラフィ (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 )			)		
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: ( )									
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			)
			小児慢性特定疾病 指定医番号 (			)			)