

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)		1/2		
病名	14 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]		
		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 (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] 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]
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 ()