

病名	<b>15 骨硬化性疾患</b>			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

**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 ]	体重増加不良: [ なし ・ あり ]	経口摂取不良: [ なし ・ あり ]	
	筋・骨格	骨折: [ なし ・ あり ]	骨髄炎: [ なし ・ あり ]	偽関節: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	てんかん: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	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 ]	顔面神経麻痺: [ なし ・ あり ]		
		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 ]		
	呼吸器・循環器	呼吸困難: [ なし ・ あり ]			
	眼	視力障害: [ なし ・ あり ]			
	耳鼻咽喉	聴力障害: [ なし ・ あり ]			
その他	顔貌異常 (前頭部突出、眼間解離、下顎突出など): [ なし ・ あり ]				
	歯牙形成不全: [ なし ・ あり ]				
	水頭症: [ なし ・ あり ]				
	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	骨折: [ なし ・ あり ]	骨髄炎: [ なし ・ あり ]	偽関節: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	てんかん: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	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 ]	顔面神経麻痺: [ なし ・ あり ]		
		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 ]		
	呼吸器・循環器	呼吸困難: [ なし ・ あり ]			
	眼	視力障害: [ なし ・ あり ]			
	耳鼻咽喉	聴力障害: [ なし ・ あり ]			
その他	顔貌異常 (前頭部突出、眼間解離、下顎突出など): [ なし ・ あり ]				
	歯牙形成不全: [ なし ・ あり ]				
	水頭症: [ なし ・ あり ]				
	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: ( )	

**告示番号 4 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**

画像検査	超音波検査 (胎児) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	単純X線検査 (胸部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	CT検査 (胸部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	MRI検査 (胸部) : [ 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) : ( )

**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	超音波検査 (胎児) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	単純X線検査 (胸部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	CT検査 (胸部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	MRI検査 (胸部) : [ 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 (印)  
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )