

告示番号		10		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	15 TRPV4異常症								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		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	関節腫大: 四肢大関節: [ なし ・ あり ]				手指関節: [ なし ・ あり ]							
		関節拘縮: 四肢大関節: [ なし ・ あり ]											
		変形性関節症: [ なし ・ あり ]				FTA ( femorotibial angle ) : ( ) 度				脊柱変形: [ なし ・ あり ]			
	精神・神経	側彎: [ なし ・ あり ]				Cobb角: ( ) 度							
		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 ]									
呼吸器・循環器	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 ]								
	発達障害 ( その他 ) : ( )												
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													
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 ( 骨 ) : [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )								
所見: ( )													
CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )									
部位: ( )													
所見: ( )													
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )				TRPV4遺伝子異常: [ なし ・ あり ]				
遺伝子異常 ( その他 ) : ( )													
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 ] 詳細: ( )												
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 ]									

告示番号	10	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
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 ( )		