

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 (継続申請用)	1/2
-------------	----------	--------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	16 骨硬化性疾患					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	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]					
		脳神経障害:[なし・あり]							
	呼吸器・循環器	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]					
		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]					
	眼	発達障害(その他):()							
耳鼻咽喉	呼吸困難:[なし・あり]								
その他	視力障害:[なし・あり]		聴力障害:[なし・あり]		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]				
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						
画像検査	超音波検査(胎児):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日						
	単純X線検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日						
	CT検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日						
	MRI検査(胸部):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日						
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]						
家族歴	合併症(その他):()								
	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 ()