

告示番号	16	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	17 ビールズ (Beals) 症候群					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	長細い手足: [なし・あり]			筋低形成: [なし・あり]			関節拘縮: [なし・あり]			
		変形性関節症: [なし・あり]			FTA (femorotibial angle): ()度				側彎: [なし・あり]		
		Cobb角: ()度									
	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]									
		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]										
耳鼻咽喉	耳介変形: [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	単純X線検査(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					
	FBN2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	心房中隔欠損: [なし・あり]			心室中隔欠損: [なし・あり]			大動脈縮窄症: [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: ()			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]							
リハビリテーション	理学療法: [未実施・実施]										
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 ()					