

告示番号	7	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)	1/2
-------------	----------	------------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	4 タナトフォリック骨異形成症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
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 (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]			体幹短縮: [なし ・ あり]			
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()						
	消化器	腹部膨満: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	四肢短縮: [なし ・ あり]		胸郭低形成: [なし ・ あり]		側彎: [なし ・ あり]		
		脊柱変形: [なし ・ あり]		変形性関節症: [なし ・ あり]		短指趾症: [なし ・ あり]		
	三尖手: [なし ・ あり]		骨折: [なし ・ あり]		脱臼: [なし ・ あり]			
	筋緊張低下: [なし ・ あり]							
	精神・神経	痙攣発作: [なし ・ あり]		意識障害: [なし ・ あり]		行動障害 (自傷行為又は多動): [なし ・ あり]		
		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]							
眼	視力障害: [なし ・ あり]							
耳鼻咽喉	聴力障害: [なし ・ あり]							
皮膚・粘膜	黒色表皮腫: [なし ・ あり]		色素沈着: [なし ・ あり]		四肢の皮膚の皸裂: [なし ・ あり]			
その他	巨大頭蓋: [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	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]			体幹短縮: [なし ・ あり]			
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()						
	消化器	腹部膨満: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	四肢短縮: [なし ・ あり]		胸郭低形成: [なし ・ あり]		側彎: [なし ・ あり]		
		脊柱変形: [なし ・ あり]		変形性関節症: [なし ・ あり]		短指趾症: [なし ・ あり]		
	三尖手: [なし ・ あり]		骨折: [なし ・ あり]		脱臼: [なし ・ あり]			
	筋緊張低下: [なし ・ あり]							
	精神・神経	痙攣発作: [なし ・ あり]		意識障害: [なし ・ あり]		行動障害 (自傷行為又は多動): [なし ・ あり]		
		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]							
眼	視力障害: [なし ・ あり]							
耳鼻咽喉	聴力障害: [なし ・ あり]							
皮膚・粘膜	黒色表皮腫: [なし ・ あり]		色素沈着: [なし ・ あり]		四肢の皮膚の皸裂: [なし ・ あり]			
その他	巨大頭蓋: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()							

告示番号 **7** 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**

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

画像検査	単純X線検査 (四肢): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 長管骨 (特に大腿骨と上腕骨) の著明な短縮: [なし ・ あり] 長管骨 (特に大腿骨と上腕骨) の特有の骨幹端変化: [なし ・ あり]
	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肋骨の短縮による胸郭低形成: [なし ・ あり] 著明な扁平椎体: [なし ・ あり] 方形骨盤 (腸骨の低形成): [なし ・ あり] 巨大頭蓋 (又は相対的的巨大頭蓋): [なし ・ あり] 頭蓋底短縮: [なし ・ あり] 頭蓋骨のクローバー葉様変形: [なし ・ あり]

遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) FGFR3遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子変異: () アミノ酸変異: ()
--------	---

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

画像検査	単純X線検査 (四肢): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 長管骨 (特に大腿骨と上腕骨) の著明な短縮: [なし ・ あり] 長管骨 (特に大腿骨と上腕骨) の特有の骨幹端変化: [なし ・ あり]
	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肋骨の短縮による胸郭低形成: [なし ・ あり] 著明な扁平椎体: [なし ・ あり] 方形骨盤 (腸骨の低形成): [なし ・ あり] 巨大頭蓋 (又は相対的的巨大頭蓋): [なし ・ あり] 頭蓋底短縮: [なし ・ あり] 頭蓋骨のクローバー葉様変形: [なし ・ あり]

遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) FGFR3遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子変異: () アミノ酸変異: ()
--------	---

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: ()
-----	--------------------------------------

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: ()
------	------------------------------

手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()
----	--

治療	後遺症のための継続的治療の必要性: [なし ・ あり] 詳細: ()
	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 ()