

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		4 タナトフォリック骨異形成症								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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] 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) : ()												
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 (又は相対的巨头蓋) : [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 : ()												

受給者番号 () 患者氏名 () 2021a-001

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〈継続申請用〉 2/2

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
医療機関住所

記載年月日 年 月 日
診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()