

告示番号		16		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2					
病名		82 原発性低リン血症性くる病								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
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		治療 ・ 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																	
最終受診日		(年 月 日)															
身体所見		血圧：収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg 実施日：(年 月 日)															
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり]															
	筋・骨格	下肢変形：[なし ・ あり]															
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり] 痙攣：[なし ・ あり]															
	その他	症状 (その他)：()															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
身体所見		血圧：収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg 実施日：(年 月 日)															
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり]															
	筋・骨格	下肢変形：[なし ・ あり]															
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり] 痙攣：[なし ・ あり]															
	その他	症状 (その他)：()															
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																	
尿検査		尿中クレアチニン：()mg/dL 尿中カルシウム：()mg/dL 尿中リン：()mg/dL															
血液検査		血清アルブミン：()g/dL				ALP：()U/L				血清Ca：()mg/dL							
		血清P：()mg/dL				血清Mg：()mg/dL				BUN：()mg/dL							
		血清クレアチニン：()mg/dL				intact PTH：()pg/mL				1,25-(OH) ₂ ビタミンD：()pg/mL							
		25-OHビタミンD：()ng/mL ・ 未実施				骨型ALP (BAP)：()μg/L ・ 未実施											
		intact FGF-23：()pg/mL ・ 未実施															
画像検査		単純X線検査 (骨)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								くる病所見：[なし ・ あり]							
		所見 (その他)：()															
		CT検査 (頭部)：[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)															
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																	
尿検査		尿中クレアチニン：()mg/dL 尿中カルシウム：()mg/dL 尿中リン：()mg/dL															
血液検査		血清アルブミン：()g/dL				ALP：()U/L				血清Ca：()mg/dL							
		血清P：()mg/dL				血清Mg：()mg/dL				BUN：()mg/dL							
		血清クレアチニン：()mg/dL				intact PTH：()pg/mL				1,25-(OH) ₂ ビタミンD：()pg/mL							
		25-OHビタミンD：()ng/mL ・ 未実施				骨型ALP (BAP)：()μg/L ・ 未実施											
		intact FGF-23：()pg/mL ・ 未実施															

受給者番号（）患者氏名（）2025a-001

告示番号16

内分泌疾患（）年度小児慢性特定疾病医療意見書〈新規申請用〉

2/2

画像検査	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） <div>くる病所見：[なし ・ あり]</div> <div>所見（その他）：（<div></div>）</div>		
	CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） <div>所見：（<div></div>）</div>		
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） <div>所見：（<div></div>）</div>		
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ <div></div> ）		
その他の所見（申請時）※直近の状況を記載			
鑑別診断	ビタミンD欠乏症：[なし ・ あり] ビタミンD依存症1型：[なし ・ あり] ビタミンD依存症2型：[なし ・ あり] 低ホスファターゼ症：[なし ・ あり] 骨幹端骨異形成症：[なし ・ あり] Blount病：[なし ・ あり] 副甲状腺機能低下症：[なし ・ あり] 偽性副甲状腺機能低下症：[なし ・ あり]		
	食物アレルギー：[なし ・ あり] 合併症（その他）：（ <div></div> ）		
	家族歴 本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]		
経過（申請時）※直近の状況を記載			
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 詳細：（ <div></div> ）		
	機能抑制療法：[なし ・ あり] 詳細：（ <div></div> ）		
	薬物療法（その他）：（ <div></div> ）		
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 術式：（ <div></div> ）		
治療	治療（その他）：（ <div></div> ）		
今後の治療方針	今後の治療方針：（ <div></div> ）		
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 治療見込み期間（外来） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 通院頻度 （ <div></div> ）回／月		
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（ <div></div> ）		
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	
医療機関所在地		診断年月日	
電話番号			
		診療科	
		医師名	
		小児慢性特定疾病 指定医番号（ <div></div> ）	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（ <div></div> ）有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（ <div></div> ）被保険者記号（ <div></div> ） 被保険者番号（ <div></div> ）被保険者個人単位枝番（ <div></div> ） 資格取得年月日 年 月 日