

病名		137 135及び136に掲げるもののほか、結合組織異常症				受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続</div> <div><input type="checkbox"/> 転入</div> <div>転出実施主体名</div> <div>→ ()</div>				
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
住所		郵便番号 (ー) 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI		
										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 (申請時) ※直近の状況を記載												
具体的な疾病名		()				最終受診日		(年 月 日)				
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 易感染性 : [なし ・ あり]										
	呼吸器・循環器	咳嗽・喘鳴 : [なし ・ あり] 心筋障害 : [なし ・ あり]				心臓弁膜症 : [なし ・ あり] 肥大型心筋症 : [なし ・ あり]				気管狭窄 : [なし ・ あり]		
	筋・骨格	病的骨折 : [なし ・ あり] 筋緊張低下 : [なし ・ あり]				骨変形 : [なし ・ あり] 筋萎縮 : [なし ・ あり]				関節拘縮 : [なし ・ あり] 筋力低下 : [なし ・ あり]		
		筋緊張亢進 : [なし ・ あり] 性質 : [痙縮 ・ 固縮]										
	消化器	肝腫大 : [なし ・ あり]				脾腫大 : [なし ・ あり]						
	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] 精神運動機能の退行 : [なし ・ あり] 精神症状 : [なし ・ あり] 痙攣 : [なし ・ あり] 小脳性運動失調 : [なし ・ あり ・ 不明] カタレプシー : [なし ・ あり]										
		不随意運動 : ミオクローヌス : [なし ・ あり ・ 不明] ジストニア : [なし ・ あり ・ 不明]										
		発達障害 : [なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症 : [なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他) : ()				自閉スペクトラム症 : [なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症 : [なし ・ あり ・ 不明]						
		眼	緑内障 : [なし ・ あり] 白内障 : [なし ・ あり]				視力低下 : [なし ・ あり] 視神経萎縮 : [なし ・ あり]					
	眼球運動障害 : 水平性 : [なし ・ あり] 垂直性 : [なし ・ あり]											
耳鼻咽喉	聴力障害 : [なし ・ あり] 聴力 (右) : ()dB 聴力 (左) : ()dB											
その他	症状 (その他) : ()											
検査所見 (診断時)												
血液検査		異常を示した血液検査 : [未実施 ・ 実施] 検査項目名及び測定値 : ()										
病理検査		組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()										
画像検査		画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 検査名 : () 部位 : () 所見 : ()										
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()										
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												
血液検査		異常を示した血液検査 : [未実施 ・ 実施] 検査項目名及び測定値 : ()										

