

告示番号		14		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〉		1/3	
病名		2 軟骨無形成症							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) 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 (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)											
症 状	身体所見	水頭症：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		大孔狭窄：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		脊柱管狭窄：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		脊髄・馬尾圧迫：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		神経障害：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
	全身	四肢短縮型の低身長：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	三尖手：[なし ・ あり]											
	その他	特徴的な顔貌：[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	身体所見	水頭症：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		大孔狭窄：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		脊柱管狭窄：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		脊髄・馬尾圧迫：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		神経障害：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
	全身	四肢短縮型の低身長：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	三尖手：[なし ・ あり]											
	その他	特徴的な顔貌：[なし ・ あり] 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													
血液検査		C型ナトリウム利尿ペプチド (CNP)：()pg/mL ・ 未実施 総コレステロール：()mg/dL ・ 未実施 LDLコレステロール：()mg/dL ・ 未実施 HDLコレステロール：()mg/dL ・ 未実施											

