

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号 | | 9 | | 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 | | 6 低ホスファターゼ症 | | | | | | | | 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) | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症 状 | | 筋・骨格 | | 病的骨折:[なし ・ あり] 膝変形:[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | |
| | | 耳鼻咽喉 | | 感音性難聴:[なし ・ あり] 伝音性難聴:[なし ・ あり] 混合性難聴:[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | |
| | | その他 | | 乳歯の早期脱落 (4歳未満):[なし ・ あり] 症状 (その他):() | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体所見 | | 指極 (Arm span):()cm | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症 状 | | 筋・骨格 | | 病的骨折:[なし ・ あり] 膝変形:[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | |
| | | 耳鼻咽喉 | | 感音性難聴:[なし ・ あり] 伝音性難聴:[なし ・ あり] 混合性難聴:[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | |
| | | その他 | | 乳歯の早期脱落 (4歳未満):[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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アミノ酸分析 (尿) | | ホスホエタノールアミンの増加:[なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液検査 | | ALP:()U/L 実施日:(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨塩定量検査 | | 骨塩定量検査 (DEXA法):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:[腰椎 ・ その他] 骨密度:()g/cm³ 同年齢比較:()% | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | | 遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) TNSALP遺伝子異常:[なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他):() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アミノ酸分析 (尿) | | ホスホエタノールアミンの増加:[なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液検査 | | ALP:()U/L 実施日:(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨塩定量検査 | | 骨塩定量検査 (DEXA法):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:[腰椎 ・ その他] 骨密度:()g/cm³ 同年齢比較:()% | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | | 遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) TNSALP遺伝子異常:[なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他):() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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:() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴 | | 骨折:[なし ・ あり] 部位:() | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|------------------|---|---------------------------|
| 妊娠出産歴 (女子のみ) | 妊娠歴：[なし ・ あり ・ 不明] 出産歴：[なし ・ あり ・ 不明] | 分娩様式：[経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ 不明] |
| 経過（申請時）※直近の状況を記載 | | |
| 薬物療法 | 酵素補充療法：[未実施 ・ 実施] 導入開始日：(年 月 日) | |
| 治療 | 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 | |
| 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 () | |
| 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 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日 | 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 | () |

| 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 () 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 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位校番 () 資格取得年月日 年 月 日 |