

告示番号		5		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		14 進行性骨化性線維異形成症							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	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 経口摂取不良：[なし ・ あり] 反復する下気道感染：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	四肢大関節の可動域制限：[なし ・ あり] 体幹の可動域制限：[なし ・ あり] 胸郭・脊柱の変形：[なし ・ あり] 繰り返すフレアアップ：[なし ・ あり ・ 不明] 母趾の変形・短縮：[なし ・ あり] 手の母指の短縮：[なし ・ あり] 小指の彎曲：[なし ・ あり] 下腿近位の骨突出：[なし ・ あり] 開口制限：[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]											
	呼吸器・循環器	呼吸困難：[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													
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 経口摂取不良：[なし ・ あり] 反復する下気道感染：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	四肢大関節の可動域制限：[なし ・ あり] 体幹の可動域制限：[なし ・ あり] 胸郭・脊柱の変形：[なし ・ あり] 繰り返すフレアアップ：[なし ・ あり ・ 不明] 母趾の変形・短縮：[なし ・ あり] 手の母指の短縮：[なし ・ あり] 小指の彎曲：[なし ・ あり] 下腿近位の骨突出：[なし ・ あり] 開口制限：[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]											
	呼吸器・循環器	呼吸困難：[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													
病理検査		切除標本：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
画像検査	単純X線検査 (体幹)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		所見：()										
	単純X線検査 (四肢)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		所見：()										
	CT 検査 (体幹)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		所見：()										
	CT 検査 (四肢)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		所見：()										
	MRI 検査 (体幹)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		所見：()										
	MRI 検査 (四肢)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		所見：()										
	シンチグラフィ (骨)：[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) 所見：()											

受給者番号 () 患者氏名 ()

2025a-001

告示番号 **5** 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〉 3/3

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 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日