

告示番号		3		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		5 骨形成不全症								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	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]														
	筋・骨格	骨折 : [なし ・ あり] 骨変形 : [なし ・ あり]														
	眼	青色強膜 : [なし ・ あり]														
	耳鼻咽喉	難聴 : [なし ・ あり]														
	その他	歯牙形成不全 : [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	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]														
	筋・骨格	骨折 : [なし ・ あり] 骨変形 : [なし ・ あり]														
	眼	青色強膜 : [なし ・ あり]														
	耳鼻咽喉	難聴 : [なし ・ あり]														
	その他	歯牙形成不全 : [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																
骨塩定量検査		骨塩定量検査 (DEXA法、腰椎) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 骨密度 : ()g/cm ² 同年齢比較 : ()%														
		骨塩定量検査 (DEXA法、その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 骨密度 : ()g/cm ² 同年齢比較 : ()%														
画像検査		単純X線検査 (骨) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 頭蓋骨のWormian bone : [なし ・ あり] 長管骨の骨折および変形 : [なし ・ あり] 細い長管骨 : [なし ・ あり] 椎体圧迫骨折 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()														
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																
骨塩定量検査		骨塩定量検査 (DEXA法、腰椎) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 骨密度 : ()g/cm ² 同年齢比較 : ()%														
		骨塩定量検査 (DEXA法、その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 骨密度 : ()g/cm ² 同年齢比較 : ()%														

