

告示番号		7		骨系統疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		4 タナトフォリック骨異形成症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 () 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		治癒 ・ 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													
最終受診日		(年 月 日)											
症 状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 体幹短縮 : [なし ・ あり]											
	呼吸器・ 循環器	呼吸障害 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	消化器	腹部膨満 : [なし ・ あり]											
	筋・骨格	四肢短縮 : [なし ・ あり] 胸郭低形成 : [なし ・ あり] 側彎 : [なし ・ あり] 脊柱変形 : [なし ・ あり] 変形性関節症 : [なし ・ あり] 短指趾症 : [なし ・ あり] 三尖手 : [なし ・ あり] 骨折 : [なし ・ あり] 脱臼 : [なし ・ あり]											
		筋緊張低下 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	痙攣発作 : [なし ・ あり] 意識障害 : [なし ・ あり] 行動障害 (自傷行為又は多動) : [なし ・ あり] 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]											
	眼	視力障害 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	聴力障害 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	黒色表皮腫 : [なし ・ あり] 色素沈着 : [なし ・ あり] 四肢の皮膚の皸裂 : [なし ・ あり]											
その他	巨大頭蓋 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
画像検査		単純X線検査 (四肢) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 長管骨 (特に大腿骨と上腕骨) の著明な短縮 : [なし ・ あり] 長管骨 (特に大腿骨と上腕骨) の特有の骨幹端変化 : [なし ・ あり]											
		単純X線検査 (骨) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 肋骨の短縮による胸郭低形成 : [なし ・ あり] 著明な扁平椎体 : [なし ・ あり] 方形骨盤 (腸骨の低形成) : [なし ・ あり] 巨大頭蓋 (又は相対的巨大頭蓋) : [なし ・ あり] 頭蓋底短縮 : [なし ・ あり] 頭蓋骨のクローバー葉様変形 : [なし ・ あり]											
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) FGFR3遺伝子異常 : [なし ・ あり] 遺伝子変異 : () アミノ酸変異 : ()											
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 : ()											
家族歴		本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 詳細 : ()											

