

告示番号		15		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		10 2型コラーゲン異常症関連疾患						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)				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 (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 ]											
	筋・骨格	関節腫大:四肢大関節: [ なし ・ あり ]						手指関節: [ なし ・ あり ]					
		関節拘縮:四肢大関節: [ なし ・ あり ]						四肢短縮: [ なし ・ あり ]					
		変形性関節症: [ なし ・ あり ]						FTA (femorotibial angle): ( )度		脊柱変形: [ なし ・ あり ]			
		胸郭低形成: [ なし ・ あり ]											
		側彎: [ なし ・ あり ]						Cobb角: ( )度					
	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 ]											
		発達障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ]						自閉スペクトラム症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					
		注意欠如多動症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]						限局性学習症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					
	発達障害 (その他): ( )												
	呼吸器・循環器	呼吸困難: [ なし ・ あり ]											
眼	網膜剥離: [ なし ・ あり ]												
耳鼻咽喉	難聴: [ なし ・ あり ]												
その他	小頭症 (−2.0SD以下): [ 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		超音波検査 (胎児): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											
		単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											
		CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )											
遺伝学的検査		遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) COL2A1遺伝子異常: [ なし ・ あり ] COL9A1遺伝子異常: [ なし ・ あり ] COL9A2遺伝子異常: [ なし ・ あり ] COL11A1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: ( )											
家族歴		本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( ) 常染色体優性遺伝: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 常染色体劣性遺伝: [ なし ・ あり ・ 不明 ]											

