

告示番号		13		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		3 軟骨低形成症						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)			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 )											
身体所見		水頭症: [ なし ・ あり ] 手術の必要性: [ なし ・ あり ] 所見: ( )											
		大孔狭窄: [ なし ・ あり ] 手術の必要性: [ なし ・ あり ] 所見: ( )											
		脊柱管狭窄: [ なし ・ あり ] 手術の必要性: [ なし ・ あり ] 所見: ( )											
		脊髄・馬尾圧迫: [ なし ・ あり ] 手術の必要性: [ なし ・ あり ] 所見: ( )											
		神経障害: [ なし ・ あり ] 手術の必要性: [ なし ・ あり ] 所見: ( )											
症状		症状・経過: ( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		C型ナトリウム利尿ペプチド (CNP): ( )pg/mL ・ 未実施 総コレステロール: ( )mg/dL ・ 未実施 LDLコレステロール: ( )mg/dL ・ 未実施 HDLコレステロール: ( )mg/dL ・ 未実施											
画像検査		単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											
		CTまたはMRI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 ) FGFR3遺伝子異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )											
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 ]											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法		補充療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
		機能抑制療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
		薬物療法 (その他): ( )											

