

告示番号		10		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		15 TRPV4異常症						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)				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 (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 ]									
				変形性関節症:[ なし ・ あり ] FTA (femorotibial angle): ( )度 脊柱変形:[ 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 ]											
その他		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 ) TRPV4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 ]											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法		薬物療法: [ なし ・ あり ] 詳細:( )											
呼吸管理		酸素療法: [ なし ・ あり ] 非侵襲的陽圧換気療法: [ なし ・ あり ] 人工呼吸管理: [ なし ・ あり ] 気管切開管理: [ なし ・ あり ] 気管挿管: [ なし ・ あり ]											

手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( ) 所見：( )									
治療	治療（その他）：( )									
今後の治療方針	今後の治療方針：( )									
	治療見込み期間（入院） 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間（外来） 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度 ( )回／月									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )									
医療機関・医師署名										
上記の通り診断します。										
医療機関名					記載年月日			年	月	日
医療機関所在地					診断年月日			年	月	日
電話番号					診療科					
					医師名					
					小児慢性特定疾病 指定医番号			( )		

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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