

告示番号		16		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		82 原発性低リン血症性くる病							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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		%	
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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 (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													
身体所見		血圧：収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg 実施日：(年 月 日)											
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	下肢変形：[なし ・ あり]											
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり] 痙攣：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見		血圧：収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg 実施日：(年 月 日)											
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	下肢変形：[なし ・ あり]											
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり] 痙攣：[なし ・ あり]											
	その他	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													
尿検査		尿中クレアチニン：()mg/dL 尿中カルシウム：()mg/dL 尿中リン：()mg/dL											
血液検査		血清アルブミン：()g/dL ALP：()U/L 血清Ca：()mg/dL											
		血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL BUN：()mg/dL											
		血清クレアチニン：()mg/dL intact PTH：()pg/mL 1,25-(OH) ₂ ビタミンD：()pg/mL											
		25-OHビタミンD：()ng/mL ・ 未実施 骨型ALP (BAP)：()μg/L ・ 未実施											
		intact FGF-23：()pg/mL ・ 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) くる病所見：[なし ・ あり]											
		所見 (その他)：()											
CT検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)											
		所見：()											
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													
尿検査		尿中クレアチニン：()mg/dL 尿中カルシウム：()mg/dL 尿中リン：()mg/dL											
血液検査		血清アルブミン：()g/dL ALP：()U/L 血清Ca：()mg/dL											
		血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL BUN：()mg/dL											
		血清クレアチニン：()mg/dL intact PTH：()pg/mL 1,25-(OH) ₂ ビタミンD：()pg/mL											
		25-OHビタミンD：()ng/mL ・ 未実施 骨型ALP (BAP)：()μg/L ・ 未実施											
		intact FGF-23：()pg/mL ・ 未実施											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		16		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
画像検査	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)		くる病所見：[なし ・ あり]									
	所見（その他）：()												
遺伝学的検査	CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)											
	所見：()												
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)											
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													
鑑別診断	ビタミンD欠乏症：[なし ・ あり]	ビタミンD依存症1型：[なし ・ あり]		ビタミンD依存症2型：[なし ・ あり]									
	低ホスファターゼ症：[なし ・ あり]	骨幹端骨異形成症：[なし ・ あり]		Blount病：[なし ・ あり]									
	副甲状腺機能低下症：[なし ・ あり]	偽性副甲状腺機能低下症：[なし ・ あり]											
合併症	食物アレルギー：[なし ・ あり]	合併症（その他）：()											
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]												
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：(年 月 日)											
	術式：()												
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											
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													
医療機関住所													
診療科													
医師名 (印)													
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()													