

告示番号		5		骨系統疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		13 進行性骨化性線維異形成症							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													
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]			経口摂取不良：[なし ・ あり]			反復する下気道感染：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		四肢大関節の可動域制限：[なし ・ あり]			体幹の可動域制限：[なし ・ あり]			胸郭・脊柱の変形：[なし ・ あり]			
				繰り返すフレアアップ：[なし ・ あり ・ 不明]			母趾の変形・短縮：[なし ・ あり]			手の母指の短縮：[なし ・ あり]			
				小指の弯曲：[なし ・ あり]			下腿近位の骨突出：[なし ・ あり]			開口制限：[なし ・ あり]			
		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]									
呼吸器・循環器		呼吸困難：[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													
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]			経口摂取不良：[なし ・ あり]			反復する下気道感染：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		四肢大関節の可動域制限：[なし ・ あり]			体幹の可動域制限：[なし ・ あり]			胸郭・脊柱の変形：[なし ・ あり]			
				繰り返すフレアアップ：[なし ・ あり ・ 不明]			母趾の変形・短縮：[なし ・ あり]			手の母指の短縮：[なし ・ あり]			
				小指の弯曲：[なし ・ あり]			下腿近位の骨突出：[なし ・ あり]			開口制限：[なし ・ あり]			
		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]									
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 (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													
病理検査		切除標本：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
画像検査		単純X線検査 (体幹)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		単純X線検査 (四肢)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		CT 検査 (体幹)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		CT 検査 (四肢)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		MRI 検査 (体幹)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		MRI 検査 (四肢)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		シンチグラフィ (骨)：[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：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	5	骨系統疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
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						
病理検査	切除標本：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
画像検査	単純X線検査（体幹）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
	単純X線検査（四肢）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
	CT検査（体幹）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
	CT検査（四肢）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
	MRI検査（体幹）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
	MRI検査（四肢）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
	シンチグラフィ（骨）：[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）：()					
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] 染色体異常：[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] 詳細：()					
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：()					
栄養管理	中心静脈栄養：[なし ・ あり] 経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[なし ・ あり]					
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					
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		()		