

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		2 軟骨無形成症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		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 (申請時) ※直近の状況を記載													
症 状	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：()											
	全身	四肢短縮型の低身長：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	三尖手：[なし ・ あり]											
その他	特徴的な顔貌：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()												
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) 脊椎弓根間距離の狭小化：[なし ・ あり] 座骨切痕の短縮：[なし ・ あり] 円形の腸骨：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
		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：()											

受給者番号() 患者氏名()

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〉	2/2
薬物療法	機能抑制療法：[なし ・ あり]					
	詳細：()					
	薬物療法（その他）：()					
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					
	成長ホルモン治療の有無：[あり ・ なし] 成長ホルモン治療申請の有無（※身長－3.0SD以下の場合に成長ホルモン治療初回申請可）：[なし ・ あり]					
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 ()				