

告示番号		77		内分泌疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		81 ビタミンD抵抗性骨軟化症						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) 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 (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 ] 跛行：[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下：[ なし ・ あり ]				下肢変形：[ なし ・ あり ]				骨痛：[ なし ・ あり ]			
	精神・神経	テタニー：[ なし ・ あり ]				神経症状：[ なし ・ あり ]				痙攣：[ 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													
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) <sub>2</sub> 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											
骨塩定量検査		骨塩定量検査 (DEXA法)：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )		部位：[ 腰椎 ・ その他 ] 骨密度：( ) g/cm <sup>2</sup> 同年齢比較：( )% 若年成人平均値 (YAM) の80%未満：[ なし ・ あり ]					
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検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )							
		シンチグラフィ (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )		肋軟骨などへの多発取り込み：[ なし ・ あり ]					
		所見 (その他)：( )											
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													
鑑別診断		ビタミンD欠乏症：[ なし ・ あり ] 多発性骨髄腫：[ なし ・ あり ]				骨粗鬆症：[ なし ・ あり ] 腎性骨異常栄養症：[ なし ・ あり ]		癌の多発骨転移：[ なし ・ あり ] 副甲状腺機能亢進症：[ なし ・ あり ]					
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：( )											

2021a-001

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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)