

病名	2 軟骨無形成症					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)			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 (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	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): ()									
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 (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										
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					

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 (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) 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) : ()
------------	------------------

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 LDLコレステロール : ()mg/dL ・ 未実施 総コレステロール : ()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 : ()
	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 ()			