

告示番号 14		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 → ()	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g	出生週数	在胎 週	日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳	か月 日	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	BMI 肥満度 %	
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						
最終受診日	(年 月 日)					
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]	
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: ()					

告示番号 14 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]		
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 ()	
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
医療機関所在地	診断年月日	年 月 日
電話番号	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日