

病名	9 2型コラーゲン異常症関連疾患					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	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	全身	低身長(-2.0SD以下): [なし・あり]										
	筋・骨格	関節腫大:四肢大関節: [なし・あり]				手指関節: [なし・あり]						
		関節拘縮:四肢大関節: [なし・あり]				四肢短縮: [なし・あり]						
		変形性関節症: [なし・あり]			FTA (femorotibial angle): ()度				脊柱変形: [なし・あり]			
		胸郭低形成: [なし・あり]										
	精神・神経	側彎: [なし・あり] Cobb角: ()度										
		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]										
		発達障害: [なし・あり・不明]					自閉スペクトラム症: [なし・あり・不明]					
	呼吸器・循環器	注意欠如多動症: [なし・あり・不明]										
発達障害(その他): ()												
眼	呼吸困難: [なし・あり]											
耳鼻咽喉	網膜剥離: [なし・あり]											
その他	難聴: [なし・あり]											
その他	小頭症(-2.0SD以下): [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												
画像検査	超音波検査(胎児): [未実施・実施]					実施日: (年 月 日)						
	所見: ()											
	単純X線検査(骨): [未実施・実施]					実施日: (年 月 日)						
遺伝学的検査	所見: ()											
	CT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)						
	COL2A1遺伝子異常: [なし・あり]		COL9A1遺伝子異常: [なし・あり]		COL9A2遺伝子異常: [なし・あり]							
検査所見(その他)	COL11A1遺伝子異常: [なし・あり]		遺伝子異常(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]											
家族歴	詳細: ()											
	本疾患の家族歴: [なし・あり・不明]					常染色体優性遺伝: [なし・あり・不明]						
詳細: ()					常染色体劣性遺伝: [なし・あり・不明]							

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：()		
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり]	人工呼吸管理：[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 (印)

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()