

告示番号	15	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)	1/3
病名	10 2型コラーゲン異常症関連疾患		受付種別 <input type="checkbox"/> 新規
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)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)
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)
	年 月 日		kg (SD)
	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	
現状評価	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)	
	治療 ・ 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			
最終受診日	(年 月 日)		
病型	病型分類 (2型コラーゲン異常症関連疾患): [軟骨無発生症2型 ・ 軟骨低発生症 ・ 扁平椎異形成症 Torrance型 ・ 先天性脊椎骨端異形成症 ・ 脊椎骨端骨幹端異形成症 Strudwick型 ・ Kniest骨異形成症 ・ 脊椎末梢異形成症 ・ 早発性関節症を伴う軽症脊椎骨端異形成症 ・ 中足骨短縮を伴う脊椎骨端異形成症 (Czech異形成症) ・ Stickler症候群1型 ・ Stickler様症候群] 病型 (その他): ()		
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]
		脊柱変形: [なし ・ あり]	胸郭低形成: [なし ・ あり]
		側彎: [なし ・ あり]	Cobb角: ()度
	精神・神経	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 (その他): ()
		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]
	注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]	限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]	
呼吸器・循環器	呼吸困難: [なし ・ あり]		
眼	網膜剥離: [なし ・ あり]		
耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]		
その他	小頭症 (-2.0SD以下): [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	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]
		脊柱変形: [なし ・ あり]	胸郭低形成: [なし ・ あり]
		側彎: [なし ・ あり]	Cobb角: ()度
	精神・神経	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 (その他): ()
		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]
	注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]	限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]	
呼吸器・循環器	呼吸困難: [なし ・ あり]		
眼	網膜剥離: [なし ・ あり]		
耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]		
その他	小頭症 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]		
	症状 (その他): ()		

告示番号 **15** 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) **2/3**

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	
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) 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] 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)	検査所見 (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) 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] 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)	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] 詳細: () 常染色体優性遺伝: [なし ・ あり ・ 不明] 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] 非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管切開管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [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
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