

病名	<b>11 偽性軟骨無形成症</b>					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	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	指極(Arm span):( )cm 指極/身長:( )									
症状	全身	低身長(-2.0SD以下):[ なし・あり ]								
	筋・骨格	骨折:[ なし・あり ]		脱臼:[ なし・あり ]		FTA (femorotibial angle):( )度				
		内反膝:[ なし・あり ]		外反膝:[ なし・あり ]		手指足趾の小関節の弛緩性:[ なし・あり ]				
		側彎:[ なし・あり ]		Cobb角:( )度						
	精神・神経	脊髄麻痺:[ なし・あり ] 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・寝たがり・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 ] 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 ] 発達障害(その他):( )								
呼吸器・循環器	呼吸困難:[ 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										
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:[ 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 )					COMP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

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 ( )