

病名	12 ラーセン (Larsen) 症候群					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	へら状指趾: [なし ・ あり]			内反足: [なし ・ あり]			外反踵足: [なし ・ あり]			
		関節拘縮: [なし ・ あり]			変形性関節症: [なし ・ あり]			FTA (femorotibial angle): () 度			
		合指 (趾) 症: [なし ・ あり]			脊柱変形: [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: [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]										
眼	白内障: [なし ・ あり]										
耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]										
その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり]			水頭症: [なし ・ あり]			口唇口蓋裂: [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: ()										
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		FLNB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	先天性股関節脱臼: [なし ・ あり]			気管軟化症: [なし ・ あり]			喉頭軟化症: [なし ・ あり]				
	合併症 (その他): ()										
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]							

リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施]	補装具の使用：[なし ・ あり]	矯正ギプス：[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 ()