

|                          |       |  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|--------------------------|-------|--|--|--|---------------|---|--|----------------------|--|-----------------------|--|--|--|
| 告示番号                     |       | 16   |  | 内分泌疾患                                    |               | ( )   |  | 年度                   |  | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉 |  | 1/2  |  |
| 病名                       |       | 82 原発性低リン血症性くる病  |  |  |               |   |  |                      |  | 受付種別                  |  | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |  |
| 受給者番号                    |       |  |  | 受診日                                      |               | 年 月 日                                       |  |                      |  |                       |  |  |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |       |  |  |  |               | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>(測定日)  |  | cm ( SD)                                 |               | 体重<br>(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                     |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
| 症状                       | 全身    | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ]  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          | 筋・骨格  | 下肢変形：[ なし ・ あり ]   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          | 精神・神経 | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ 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     |       |  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
| 尿検査                      |       | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL 尿中リン：( )mg/dL   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
| 血液検査                     |       | 血清アルブミン：( )g/dL ALP：( )U/L 血清Ca：( )mg/dL   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          |       | 血清P：( )mg/dL 血清Mg：( )mg/dL BUN：( )mg/dL  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          |       | 血清クレアチニン：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL 1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          |       | 25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 骨型ALP (BAP)：( )μg/L ・ 未実施  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          |       | intact FGF-23：( )pg/mL ・ 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 ) くる病所見：[ なし ・ あり ]  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          |       | 所見 (その他)：( )   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          |       | CT 検査 (頭部)：[ 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 )   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
| 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   |       |  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
| 鑑別診断                     |       | ビタミンD欠乏症：[ なし ・ あり ] ビタミンD依存症1型：[ なし ・ あり ] ビタミンD依存症2型：[ なし ・ あり ]   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          |       | 低ホスファターゼ症：[ なし ・ あり ] 骨幹端骨異形成症：[ なし ・ あり ] Blount病：[ なし ・ あり ]   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          |       | 副甲状腺機能低下症：[ なし ・ あり ] 偽性副甲状腺機能低下症：[ なし ・ あり ]  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
| 合併症                      |       | 食物アレルギー：[ 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 ]   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
| 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：( )   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          |       | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          |       | 詳細：( )   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |
|                          |       | 薬物療法 (その他)：( )   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |  |  |  |

受給者番号( ) 患者氏名( )

|             |   |                                    |               |      |     |     |  |  |  |  |  |     |
|-------------|---|------------------------------------|---------------|------|-----|-----|--|--|--|--|--|-----|
| 告示番号        | 16  | 内分泌疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉 |               |      |     |     |  |  |  |  |  | 2/2 |
| 手術          | 手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>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 |  |  |  |  |  |     |
| 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 ( )                              |                                    |               |      |     |     |  |  |  |  |  |     |