

告示番号		12		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〉		1/2	
病名		3 軟骨低形成症							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
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 (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													
身体所見		水頭症：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		大孔狭窄：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		脊柱管狭窄：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		脊髄・馬尾圧迫：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		神経障害：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
症状		症状・経過：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見		水頭症：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		大孔狭窄：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		脊柱管狭窄：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		脊髄・馬尾圧迫：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
		神経障害：[なし ・ あり] 手術の必要性：[なし ・ あり] 所見：()											
症状		症状・経過：()											
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													
血液検査		C型ナトリウム利尿ペプチド (CNP)：()pg/mL ・ 未実施 総コレステロール：()mg/dL ・ 未実施 LDLコレステロール：()mg/dL ・ 未実施 HDLコレステロール：()mg/dL ・ 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) 所見：()											
		CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		12	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〉		2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) FGFR3遺伝子異常：[なし ・ あり] 所見：()									
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										
血液検査	C型ナトリウム利尿ペプチド（CNP）：()pg/mL ・ 未実施 総コレステロール：()mg/dL ・ 未実施 LDLコレステロール：()mg/dL ・ 未実施 HDLコレステロール：()mg/dL ・ 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) 所見：()									
	CTまたはMRI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) FGFR3遺伝子異常：[なし ・ あり] 所見：()									
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]									
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）：()									
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 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									
	成長ホルモン治療の有無：[あり ・ なし] 成長ホルモン治療申請の有無（※身長－3.0SD以下の場合に成長ホルモン治療初回申請可）：[なし ・ あり]									
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 ()					