

告示番号		9		骨系統疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2			
病名		6 低ホスファターゼ症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()					
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) 年 月 日		体重 (測定日)		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			
		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 (申請時) ※直近の状況を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
身体所見		指極 (Arm span) : ()cm													
症 状		筋・骨格		病的骨折: [なし ・ あり]				膝変形: [なし ・ あり]							
		耳鼻咽喉		感音性難聴: [なし ・ あり]				伝音性難聴: [なし ・ あり]				混合性難聴: [なし ・ あり]			
		その他		乳歯の早期脱落 (4歳未満): [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
アミノ酸分析 (尿)		ホスホエタノールアミンの増加: [なし ・ あり ・ 不明]													
血液検査		ALP: ()U/L 実施日: (年 月 日)													
骨塩定量検査		骨塩定量検査 (DEXA法): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: [腰椎 ・ その他] 骨密度: ()g/cm³ 同年齢比較: ()%													
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) TNSALP 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: ()													
既往歴		骨折: [なし ・ あり] 部位: ()													
妊娠出産歴 (女子のみ)		妊娠歴: [なし ・ あり ・ 不明] 出産歴: [なし ・ あり ・ 不明] 分娩様式: [経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ 不明]													
経過 (申請時) ※直近の状況を記載															
薬物療法		酵素補充療法: [未実施 ・ 実施] 導入開始日: (年 月 日)													
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 ()													

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

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