

239-2 ビタミンD依存性くる病／骨軟化症2型
(ビタミンD依存症2型)

■ 行政記載欄

| | | | | |
|-------|---|------|-----------------------------|------------------------------|
| 受給者番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 判定結果 | <input type="checkbox"/> 認定 | <input type="checkbox"/> 不認定 |
|-------|---|------|-----------------------------|------------------------------|

■ 基本情報

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--------|---|---|---------------|
| 姓 (かな) | | | | 名 (かな) | | | | |
| 姓 (漢字) | | | | 名 (漢字) | | | | |
| 郵便番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> <input type="text"/> | 日 | *以降、数字は右詰めで記入 |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女 | | | | | | | |
| 出生市区町村 | | | | | | | | |
| 出生時氏名 (変更のある場合) | 姓 (かな) | | | | 名 (かな) | | | |
| | 姓 (漢字) | | | | 名 (漢字) | | | |
| 家族歴 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | |
| | 発症者続柄 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 11. その他 *11を選択の場合、以下に記入 | | | | | | | | |
| | 続柄 | | | | | | | |
| 発症年月 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> <input type="text"/> | 月 | | | |

| | |
|----------|--|
| 社会保障 | |
| 介護認定 | <input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし |
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 生活状況 | |
| 移動の程度 | <input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである |
| 身の回りの管理 | <input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない |
| ふだんの活動 | <input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない |
| 痛み／不快感 | <input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい |
| 不安／ふさぎ込み | <input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる |

■ 診断基準に関する事項

A. 臨床所見

| | |
|--|---|
| 1. 低カルシウム血症 (参考) 血清カルシウム補正值 (8.4mg/dL 以下)、 イオン化カルシウム (2.1mmol/L 以下) | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 2. 低リン血症 (参考) 1歳未満 (4.5mg/dL 以下)、 1歳から小児期 (4.0mg/dL 以下)、 思春期以降成人 (3.5mg/dL 以下) | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 3. 血中 PTH 高値 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 4. 血中 ALP 高値 (参考) 血清 ALP 1歳未満 (1200IU/L 以上)、 1歳から小児期 (1000IU/L 以上)、 思春期の成長加速期 (1200IU/L 以上) | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 5. 血中 1,25(OH) ₂ D 高値 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 6. 血中 25OHD 値正常 (参考) およそ 20~80ng/mL | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 7. 骨 X線像でくる病／骨軟化症の存在 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|
| 1, 25(OH) ₂ D | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | pg/mL | | | |
| <input type="checkbox"/> Intact PTH または <input type="checkbox"/> whole PTH | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | pg/mL | | | |
| 随時尿の尿中濃度測定 | | | | | | | | | | | | |
| 尿測定日 | 西暦 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日 |
| 尿測定日の状況 | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中ではない | | | | | | | | | | | |
| 尿中カルシウム濃度 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mg/dL | 尿中リン濃度 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mg/dL | |
| 尿中クレアチニン濃度 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mg/dL | | | | | | |
| 身長 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | cm | 体重 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | kg | | | |

■ 治療その他

| | | |
|----|--|--|
| 治療 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 *1を選択の場合、以下に記入 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明 | |
| | 治療の内容 | |

■ 重症度分類に関する事項

| | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 軽症 | 生化学異常を認めるものの、骨変形や成長障害、筋力低下などを認めず、日常生活に支障がない |
| <input type="checkbox"/> 中等症 | 骨変形や成長障害 (-2.5SD から-2SDの間)、筋力低下 (歩行困難)、骨痛 (鎮痛剤の使用)、低カルシウム血症による筋肉攣縮や全身けいれんなどにより、日常生活に支障がある |
| <input type="checkbox"/> 重症 | 骨変形 (四肢の機能障害を伴う) や成長障害 (-2.5SD 以下)、筋力低下 (立ち上がれない)、骨痛 (運動制限)、低カルシウム血症による筋肉攣縮や全身けいれんなどにより、日常生活に著しい支障がある |

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

| | | | | | | | | |
|--------|---|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|
| 使用の有無 | <input type="checkbox"/> 1. あり | | | | | | | |
| 開始時期 | 西暦 <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 |
| 離脱の見込み | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし | | | | | | | |
| 種類 | <input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器 | | | | | | | |
| 施行状況 | <input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行 | | | | | | | |

| | | | | |
|------|-------------|--|---|------------------------------|
| 生活状況 | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 車椅子とベッド間の移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 | <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 整容 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 | |
| | トイレ動作 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 | |
| | 歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 | <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 階段昇降 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 | <input type="checkbox"/> 不能 |
| | 着替え | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 排便コントロール | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 排尿コントロール | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------|
| 医療機関名 | | | | | | | | | | | | |
| 指定医番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 医療機関所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | *ハイフンを除き、左詰めで記入 |
| 医師の氏名 | | | | | | | | | | | | 印 ※自筆または押印のこと |
| 記載年月日 | 西暦 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日 |

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。