		ウ　治療で呼吸管理（人工呼吸器、気管切開術後、経鼻エアウェイ等の処置を必要とするものをいう。）又は酸素療法を行う場合 エ　血液凝固異常に対する治療を行う場合
11	内軟骨腫症	次のいずれかに該当する場合 ア　骨折又は脱臼の症状が続く場合 イ　重度の四肢変形、脊柱側彎（わん）又は脊髄麻痺（ひ）のうち一つ以上の症状に対する治療が必要な場合 ウ　治療で呼吸管理（人工呼吸器、気管切開術後、経鼻エアウェイ等の処置を必要とするものをいう。）又は酸素療法を行う場合
12	軟骨低形成症	次のいずれかに該当する場合 ア　治療で補充療法、機能抑制療法、その他の薬物療法を行っている場合。ただし、成長ホルモン治療を行う場合には、第五表の備考に定める基準を満たすものに限る。 イ　外科的治療を行う場合 ウ　脊柱変形に対する治療が必要な場合 エ　治療で呼吸管理（人工呼吸器、気管切開術後、経鼻エアウェイ等の処置を必要とするものをいう。）又は酸素療法を行う場合
13	軟骨無形成症	同上
14	２型コラーゲン異常症関連疾患	次のいずれかに該当する場合 ア　骨折又は脱臼の症状が続く場合