告示番号 9　**皮膚疾患　　平成（　　）年度 小児慢性特定疾病　医療意見書**

受給者番号（　　）	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 （転出地：　　）				
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成　　年　　月　　日（満　　歳）	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎　　週
現在の身長※2	.　　cm	現在の体重※2	.　　kg	母の生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
発病	年　　月 頃	初診日	年　　月　　日		
大分類病名	4 膿疱性乾癬（汎発型）	細分類病名	9 膿疱性乾癬（汎発型）		

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1.臨床所見

現在の症状

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載

紅斑　（ なし ・ 体表面積の25%未満 ・ 体表面積の25%以上75%未満 ・ 体表面積の75%以上 ）

膿疱形成*　（ なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上 ）　＊膿疱を伴う紅斑面積

浮腫　（ なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上 ）

膿海　（ なし ・ あり ）

粘膜疹　（ なし ・ あり ）　本疾患と関連する発熱　（ なし ・ 37℃以上38.5℃未満 ・ 38.5℃以上 ）

運動機能　（ 寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる ）

診断の根拠となった症状

Kogoj の海綿状膿疱　（ なし ・ あり ）　表皮肥厚　（ なし ・ あり ）

不全角化　（ なし ・ あり ）

2.検査所見

診断の根拠となった主な検査等の結果

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載（数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載）

皮膚生検　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

白血球数	（　　）/μL	赤血球数	（　　）×10^4/μL
赤沈	（　　）mm/h	CRP	（　　）mg/dL
血清蛋白	（　　）g/dL	血清アルブミン	（　　）g/dL
IgG	（　　）mg/dL	IgA	（　　）mg/dL
IgM	（　　）mg/dL		
ASO(ASLO)	（　　）倍	RF	（ 陰性 ・ 陽性 ）

遺伝子診断　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

3.その他の所見

その他の現在の所見など

合併症　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

4. 経 過

現在の治療

過去の主な治療・検査など

新生児集中治療室の利用の既往　（ なし ・ あり ）

5. 今後の療法方針

ビタミンA誘導体の使用の必要性　（ なし ・ あり ）

就学・就労	1. 就学前　2. 小中学校（通常学級・ 通級 ・ 特別支援学級）　3. 特別支援学校（小中学部 ・ 専攻科を含む高等部） 4. 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　5. 大学（短期大学を含む）　6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労　8. その他（　　）
現状評価	一つに○印 ： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明　　人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院　年　月　日 から　年　月　日 まで 通院　年　月　日 から　年　月　日 まで　（ 月　回 ）

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

科

平成　　年　　月　　日　　医師名　　印

小児慢性特定疾病指定医番号