

|                          |        |  |  |  |  |                            |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
|--------------------------|--------|--|--|--|--|----------------------------|--|---|--|------------------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------|--|---------------------------------|--|-------|--|----------------------|--|--|--|---------------------------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|
| 告示番号                     |        | 23   |  | 膠原病                                      |  | (                          |  | )   |  | 年度                           |  | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉               |  | 1/2                               |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
| 病名                       |        | 25 スティーヴンス・ジョンソン (Stevens-Johnson) 症候群   |  |  |  |                            |  |   |  | 受付種別                         |  | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
| 受給者番号                    |        |  |  | 受診日                                      |  | 年                          |  | 月   |  |                              |  | 日                                   |  | <input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |        |  |  |  |  |                            |  | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重             |        | 身長<br>(測定日)  |  | cm ( SD)                                 |  |                            |  | 体重<br>(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 (申請時) ※直近の状況を記載     |        |  |  |  |  |                            |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
| 日常生活                     |        | 日常生活の状態: [ 正常 ・ やや不自由であるが独力で可能 ・ 制限があり部分介助 ・ 全面介助 ]  |  |  |  |                            |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
| 後遺症                      | 皮膚・粘膜  | 脱毛: [ なし ・ あり ]  |  |  |  | 爪発育不良: [ なし ・ あり ]         |  |   |  | 皮膚色素脱失: [ なし ・ あり ]          |  |                                     |  | 皮膚過剰色素沈着: [ なし ・ あり ]             |  |               |  | 皮膚癒痕: [ なし ・ あり ]               |  |       |  | 粘膜面の潰瘍化: [ なし ・ あり ] |  |  |  | 口腔／食道／気管粘膜潰瘍: [ なし ・ あり ] |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
|                          | 眼      | 眼瞼癒着: [ なし ・ あり ]  |  |  |  | 眼瞼内反: [ なし ・ あり ]          |  |   |  | 睫毛乱生: [ なし ・ あり ]            |  |                                     |  | 乾燥性角結膜炎: [ なし ・ あり ]              |  |               |  | 兔眼: [ なし ・ あり ]                 |  |       |  | 角膜潰瘍: [ なし ・ あり ]    |  |  |  | 失明: [ なし ・ あり ]           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
|                          | 内分泌・代謝 | 腓外分泌障害: [ なし ・ あり ]  |  |  |  |                            |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
|                          | その他    | 後遺症 (その他): ( )   |  |  |  |                            |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
| 症状                       | 全身     | 発熱 (38℃以上): [ なし ・ あり ]  |  |  |  | 全身倦怠感: [ なし ・ あり ]         |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
|                          | 筋・骨格   | 関節痛: [ なし ・ あり ]   |  |  |  |                            |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
|                          | 皮膚・粘膜  | 多形紅斑: [ なし ・ あり ]  |  |  |  | 非典型ターゲット状多形紅斑: [ なし ・ あり ] |  |   |  | 潰瘍: [ なし ・ あり ]              |  |                                     |  | 外陰部びらん: [ なし ・ あり ]               |  |               |  | 口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん: [ なし ・ あり ] |  |       |  | 口腔内びらん: [ なし ・ あり ]  |  |  |  | びらん: [ なし ・ あり ]          |  |  |  | 口唇にのみ血痂、出血を伴うびらん: [ なし ・ あり ] |  |  |  | 全身の水疱: [ なし ・ あり ] |  |  |  | 皮膚粘膜移行部の重篤な病変: [ なし ・ あり ] |  |  |  | 表皮の剥脱: [ なし ・ あり ] |  |  |  | 皮膚・粘膜症状 (その他): ( ) |  |  |  |
|                          | 眼      | 眼脂: [ なし ・ あり ]  |  |  |  | 結膜充血: [ なし ・ あり ]          |  |   |  | 両眼の急性結膜炎に伴う偽膜形成: [ なし ・ あり ] |  |                                     |  | 両眼の急性結膜炎に伴う角結膜上皮欠損: [ なし ・ あり ]   |  |               |  | 眼瞼腫脹: [ なし ・ あり ]               |  |       |  | 眼症状 (その他): ( )       |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
|                          | 耳鼻咽喉   | 咽頭痛: [ なし ・ あり ]   |  |  |  |                            |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
|                          | 腎・泌尿器  | 排尿時痛: [ なし ・ あり ]  |  |  |  |                            |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
|                          | 消化器    | 排便時痛: [ なし ・ あり ]  |  |  |  |                            |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
|                          | その他    | 症状 (その他): ( )  |  |  |  |                            |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載     |        |  |  |  |  |                            |  |   |  |                              |  |                                     |  |                                   |  |               |  |                                 |  |       |  |                      |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |
| 血液検査                     |        | 白血球数: ( )/μL   |  |  |  | ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL       |  |   |  | ヘマトクリット (Ht): ( )%           |  |                                     |  | 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL     |  |               |  | AST: ( )U/L                     |  |       |  | ALT: ( )U/L          |  |  |  | LDH: ( )U/L               |  |  |  | BUN: ( )mg/dL                 |  |  |  | 血清クレアチニン: ( )mg/dL |  |  |  | 赤沈 (1時間値): ( )mm/h         |  |  |  | CRP: ( )mg/dL      |  |  |  |                    |  |  |  |
| リンパ球機能検査                 |        | リンパ球刺激試験: PHA反応: [ 未実施 ・ 実施 ]  |  |  |  | PHA反応 (検査方法): ( )          |  |   |  | PHA反応 (基準値): ( )cpm          |  |                                     |  | SI (Stimulation index): ( )       |  |               |  | リンパ球機能検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]    |  |       |  | 所見: ( )              |  |  |  |                           |  |  |  |                               |  |  |  |                    |  |  |  |                            |  |  |  |                    |  |  |  |                    |  |  |  |

|   |   |                               |                                    |             |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|---|---|-------------------------------|------------------------------------|-------------|----|---|--|-----|---|-----|-----|---------|-------------|----|--|--|--|-------|-------------|----|--|--|--|------|-------------|----|--|--|--|-----------------|-------------|----|--|--|--|------------------|-------------|----|--|--|----------|--------------------|-------------|----|--|--|--|----------------|-------------|----|--|--|--|-------------------|-------------|----|--|--|------|-------|-------------|----|---|-----------|--|-------|-------------|----|--|--|--|--------|-------------|----|--|--|--|-------|-------------|----|---|----------|--|--|-------------|----|---|-------|--|--|-------------|----|---|-------------|--|--|-------------|----|---|----------------------|--|--|-------------|----|--|--|--|--|-----|----|--|--|--|------------------------------------|-------------|--|--|--|--|---------------|-------------|--|--|--|--|------------------------|-------------|--|
| 受給者番号（  |   | ）                             |                                    | 患者氏名（       |    | ） |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 告示番号  | 23  | 膠原病（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉 |                                    |             |    |   |  | 2/2 |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 病理検査  | 生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 病理学的な表皮の壊死性変化：[ なし ・ あり ]<br>部位：（ ）<br>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 ]<br>詳細：（ ）   |                               |                                    |             |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 家族歴   | 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>詳細：（ ）  |                               |                                    |             |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 重症度分類   | <table><tr><td>1</td><td>粘膜疹</td><td>眼病変</td><td>上皮の偽膜形成</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>上皮びらん</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>結膜充血</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>慢性期の後遺症としての視力障害</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>慢性期の後遺症としてのドライアイ</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td>口唇・口腔内病変</td><td>口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>口唇の血痂、出血を伴うびらん</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>広範囲に血痂、出血を伴わないびらん</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td>陰部病変</td><td>陰部びらん</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td>2</td><td>皮膚の水疱、びらん</td><td></td><td>30%以上</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>3点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>10～30%</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>2点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>10%未満</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td>3</td><td>38℃以上の発熱</td><td></td><td></td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td>4</td><td>呼吸器障害</td><td></td><td></td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td>5</td><td>表皮の全層性壊死性変化</td><td></td><td></td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td>6</td><td>肝機能障害（ALT &gt;100 IU/L）</td><td></td><td></td><td>[ なし ・ あり ]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>合計（</td><td>）点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>※ 眼表面（角膜・結膜）の上皮欠損（びらん）、あるいは偽膜形成が高度</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>※ 本症に起因する呼吸障害</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>※ びまん性紅斑進展型中毒性表皮壊死症の診断</td><td>[ なし ・ あり ]</td><td></td></tr></table> |                               |                                    |             |    |   |  |     | 1 | 粘膜疹 | 眼病変 | 上皮の偽膜形成 | [ なし ・ あり ] | 1点 |  |  |  | 上皮びらん | [ なし ・ あり ] | 1点 |  |  |  | 結膜充血 | [ なし ・ あり ] | 1点 |  |  |  | 慢性期の後遺症としての視力障害 | [ なし ・ あり ] | 1点 |  |  |  | 慢性期の後遺症としてのドライアイ | [ なし ・ あり ] | 1点 |  |  | 口唇・口腔内病変 | 口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん | [ なし ・ あり ] | 1点 |  |  |  | 口唇の血痂、出血を伴うびらん | [ なし ・ あり ] | 1点 |  |  |  | 広範囲に血痂、出血を伴わないびらん | [ なし ・ あり ] | 1点 |  |  | 陰部病変 | 陰部びらん | [ なし ・ あり ] | 1点 | 2 | 皮膚の水疱、びらん |  | 30%以上 | [ なし ・ あり ] | 3点 |  |  |  | 10～30% | [ なし ・ あり ] | 2点 |  |  |  | 10%未満 | [ なし ・ あり ] | 1点 | 3 | 38℃以上の発熱 |  |  | [ なし ・ あり ] | 1点 | 4 | 呼吸器障害 |  |  | [ なし ・ あり ] | 1点 | 5 | 表皮の全層性壊死性変化 |  |  | [ なし ・ あり ] | 1点 | 6 | 肝機能障害（ALT >100 IU/L） |  |  | [ なし ・ あり ] | 1点 |  |  |  |  | 合計（ | ）点 |  |  |  | ※ 眼表面（角膜・結膜）の上皮欠損（びらん）、あるいは偽膜形成が高度 | [ なし ・ あり ] |  |  |  |  | ※ 本症に起因する呼吸障害 | [ なし ・ あり ] |  |  |  |  | ※ びまん性紅斑進展型中毒性表皮壊死症の診断 | [ なし ・ あり ] |  |
| 1   | 粘膜疹   | 眼病変                           | 上皮の偽膜形成                            | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               | 上皮びらん                              | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               | 結膜充血                               | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               | 慢性期の後遺症としての視力障害                    | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               | 慢性期の後遺症としてのドライアイ                   | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   | 口唇・口腔内病変                      | 口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん                 | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               | 口唇の血痂、出血を伴うびらん                     | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               | 広範囲に血痂、出血を伴わないびらん                  | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   | 陰部病変                          | 陰部びらん                              | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 2   | 皮膚の水疱、びらん   |                               | 30%以上                              | [ なし ・ あり ] | 3点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               | 10～30%                             | [ なし ・ あり ] | 2点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               | 10%未満                              | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 3   | 38℃以上の発熱  |                               |                                    | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 4   | 呼吸器障害   |                               |                                    | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 5   | 表皮の全層性壊死性変化   |                               |                                    | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 6   | 肝機能障害（ALT >100 IU/L）  |                               |                                    | [ なし ・ あり ] | 1点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               |                                    | 合計（         | ）点 |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               | ※ 眼表面（角膜・結膜）の上皮欠損（びらん）、あるいは偽膜形成が高度 | [ なし ・ あり ] |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               | ※ 本症に起因する呼吸障害                      | [ なし ・ あり ] |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
|   |   |                               | ※ びまん性紅斑進展型中毒性表皮壊死症の診断             | [ なし ・ あり ] |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 経過（申請時） ※直近の状況を記載   |   |                               |                                    |             |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 薬物療法  | 非ステロイド系抗炎症薬：[ なし ・ あり ] ステロイド薬：[ なし ・ あり ] 免疫調整薬：[ なし ・ あり ]<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ]<br>強心薬：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ]  |                               |                                    |             |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| リハビリテーション   | 理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ] 作業療法：[ 未実施 ・ 実施 ]   |                               |                                    |             |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 血液浄化  | 血液浄化法：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>詳細：（ ）  |                               |                                    |             |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 治療  | 後遺症のための継続的治療の必要性：[ なし ・ あり ]<br>詳細：（ ）<br>治療（その他）：（ ）   |                               |                                    |             |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 今後の治療方針   | 今後の治療方針：（ ）<br>治療見込み期間（入院） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ）<br>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   |                               |                                    |             |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 医療機関・医師署名   |   |                               |                                    |             |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |
| 上記の通り診断します。<br><br>医療機関名 記載年月日 年 月 日<br>医療機関住所<br><br>診療科<br>医師名 (印)<br>小児慢性特定疾病 指定医番号（ ） |   |                               |                                    |             |    |   |  |     |   |     |     |         |             |    |  |  |  |       |             |    |  |  |  |      |             |    |  |  |  |                 |             |    |  |  |  |                  |             |    |  |  |          |                    |             |    |  |  |  |                |             |    |  |  |  |                   |             |    |  |  |      |       |             |    |   |           |  |       |             |    |  |  |  |        |             |    |  |  |  |       |             |    |   |          |  |  |             |    |   |       |  |  |             |    |   |             |  |  |             |    |   |                      |  |  |             |    |  |  |  |  |     |    |  |  |  |                                    |             |  |  |  |  |               |             |  |  |  |  |                        |             |  |