

告示番号		4		皮膚疾患群		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		6 シェーグレン・ラルソン (Sjogren-Larsson) 症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (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 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			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
診断		診断の根拠：生後間もなく発症する、体表の広範囲にわたる鱗屑、角質増殖、皮膚乾燥：[なし ・ 全身性 ・ 片側性または限局性] 片側性または限局性の場合の部位：()											
		尋常性魚鱗癬、X連鎖劣性魚鱗癬の単独例、表皮水泡症、ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群、掌蹠角化症、線状表皮母斑等の除外：[できない ・ できる]											
症状	皮膚・粘膜	皮膚の水泡、びらん：[なし ・ あり] 全身あるいは一部の皮膚の潮紅：[なし ・ あり] 全身性とくに関節部位の厚い鱗屑：[なし ・ あり] 掌蹠角化：[なし ・ あり] 毛髪異常：[なし ・ あり] アトピー性皮膚炎様皮疹：[なし ・ あり] 抗菌薬、抗ウイルス薬、抗真菌薬等の投与が必要となる皮膚の二次感染：[なし ・ あり]											
	全身	成長障害：[なし ・ あり] 体温調整障害 (うつ熱等)：[なし ・ あり] 栄養障害：[なし ・ あり]											
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節拘縮：[なし ・ あり]											
	精神・神経	痙性四肢麻痺：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]											
	眼	眼瞼外反：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()											
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり] 耳介変形：[なし ・ あり]											
	その他	口唇の突出開口：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	皮膚・粘膜	皮膚の水泡、びらん：[なし ・ あり] 全身あるいは一部の皮膚の潮紅：[なし ・ あり] 全身性とくに関節部位の厚い鱗屑：[なし ・ あり] 掌蹠角化：[なし ・ あり] 毛髪異常：[なし ・ あり] アトピー性皮膚炎様皮疹：[なし ・ あり] 抗菌薬、抗ウイルス薬、抗真菌薬等の投与が必要となる皮膚の二次感染：[なし ・ あり]											
	全身	成長障害：[なし ・ あり] 体温調整障害 (うつ熱等)：[なし ・ あり] 栄養障害：[なし ・ あり]											
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節拘縮：[なし ・ あり]											
	精神・神経	痙性四肢麻痺：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]											
	眼	眼瞼外反：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()											
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり] 耳介変形：[なし ・ あり]											
	その他	口唇の突出開口：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	4	皮膚疾患群（ ）	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載					
病理検査	皮膚生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 著明な過角化：[なし ・ あり] 著明な皮膚肥厚：[なし ・ あり] 顆粒変性：[なし ・ あり]				
	電顕による観察：[未実施 ・ 実施] ケラトヒアリン顆粒の異常：[なし ・ あり] トノフィラメントの凝集：[なし ・ あり] 辺縁帯（周辺帯）の菲薄化：[なし ・ あり] 層板顆粒の異常：[なし ・ あり] 所見（その他）：()				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()				
検査所見（その他）	検査所見（その他）：()				
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載					
病理検査	皮膚生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 著明な過角化：[なし ・ あり] 著明な皮膚肥厚：[なし ・ あり] 顆粒変性：[なし ・ あり]				
	電顕による観察：[未実施 ・ 実施] ケラトヒアリン顆粒の異常：[なし ・ あり] トノフィラメントの凝集：[なし ・ あり] 辺縁帯（周辺帯）の菲薄化：[なし ・ あり] 層板顆粒の異常：[なし ・ あり] 所見（その他）：()				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()				
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：()				
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 患児との続柄：() 詳細：()				
既往歴	新生児集中治療室の利用：[なし ・ あり]				
経過（申請時） ※直近の状況を記載					
治療必要性	在宅処置の必要性：[なし ・ あり] 創傷被覆材の使用の必要性：[なし ・ あり] ビタミンA誘導体の内服の必要性：[なし ・ あり]				
皮膚治療	在宅処置：[なし ・ あり] 創傷被覆材の使用：[なし ・ あり] ビタミンA誘導体の内服：[なし ・ あり]				
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				
医療機関・医師署名					
上記の通り診断します。					
医療機関名		記載年月日		年 月 日	
医療機関住所		診療科			
		医師名		(印)	
		小児慢性特定疾病 指定医番号（		）	