

病名	7 2から6までに掲げるもののほか、先天性魚鱗癬 (具体的な疾病名: )					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)			体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日		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		
	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、表皮水疱症、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	皮膚の水疱、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	皮膚の水疱、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		8		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		( )					