

告示番号		1		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		1 眼皮膚白皮症 (先天性白皮症)								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		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													
症状		皮膚・粘膜		生下時よりの全身の白色皮膚：[なし ・ あり] 白色から茶褐色までの頭髪：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		筋力低下：[なし ・ あり]									
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
		眼		虹彩色素の低下：[なし ・ あり] 眼振：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()									
		耳鼻咽喉		聴力障害：[なし ・ あり]									
		その他		免疫異常：[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		生下時よりの全身の白色皮膚：[なし ・ あり] 白色から茶褐色までの頭髪：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		筋力低下：[なし ・ あり]									
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
		眼		虹彩色素の低下：[なし ・ あり] 眼振：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()									
		耳鼻咽喉		聴力障害：[なし ・ あり]									
		その他		免疫異常：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()									
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) 組織学的所見：() 電子顕微鏡所見：()											
		眼底検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() 視力検査：[未実施 ・ 実施] 右 (裸眼)：() 左 (裸眼)：() 右 (矯正後)：() 左 (矯正後)：()											
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) 組織学的所見：() 電子顕微鏡所見：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	1	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
眼科学的検査	眼底検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：() 年 () 月 () 日				
	所見：()					
遺伝学的検査	視力検査：[未実施 ・ 実施]					
	右（裸眼）：()	左（裸眼）：()	右（矯正後）：()	左（矯正後）：()		
検査所見（その他）	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						
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]					
	患児との続柄：()					
	詳細：()					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
皮膚治療	紫外線対策：[なし ・ あり]					
	詳細：()					
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 ()				