

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〈継続申請用〉		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"/> 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 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 (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 ] 全身性もしくは関節部位の厚い鱗屑：[ なし ・ あり ] アトピー性皮膚炎様皮疹：[ なし ・ あり ]						全身あるいは一部の皮膚の潮紅：[ なし ・ あり ] 掌蹠角化：[ なし ・ あり ] 毛髪異常：[ 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)：( )											
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 ] 著明な過角化：[ なし ・ あり ]						実施日：( 年 月 日 ) 著明な皮膚肥厚：[ なし ・ あり ] 顆粒变性：[ なし ・ あり ]							
		電顕による観察：[ 未実施 ・ 実施 ] 辺縁帯 (周辺帯) の菲薄化：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )						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 ] 層板顆粒の異常：[ なし ・ あり ]							
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )						実施日：( 年 月 日 )							
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 ]			

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〈継続申請用〉										2/2
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 (      )						