

告示番号		7		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		5 ネザートン (Netherton) 症候群						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (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] 全身性といくに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] 掌跖角化：[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] 顆粒変性：[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	7	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 ()						