

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					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
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:()								
眼科学的検査	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:()								

眼科学的検査	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)：()

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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			