

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: ()								

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：()
	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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()