

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 (継続申請用)

病名	1 眼皮膚白皮症 (先天性白皮症)					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	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	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(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					(印)
					医師名					(印)	
					小児慢性特定疾病 指定医番号					()	