

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)					
受給者番号		受診日	年 月 日	受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <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 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: ( )					
遺伝学的検査	視力検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	右 (裸眼): ( ) 左 (裸眼): ( ) 右 (矯正後): ( ) 左 (矯正後): ( )				
	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 ( )		