

|             |          |  |            |
|-------------|----------|--|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>5</b> | <b>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)</b> | <b>1/2</b> |
|-------------|----------|--|------------|

|                          |   |  |                        |                        |   |  |                        |                |                |           |  |
|--------------------------|---|--|------------------------|------------------------|---|--|------------------------|----------------|----------------|-----------|--|
| 病名                       | <b>2 ケラチン症性魚鱗癬(表皮融解性魚鱗癬(優性/劣性)及び表在性表皮融解性魚鱗癬を含む。)</b>  |  |                        |                        | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |                        |                |                |           |  |
| 受給者番号                    |   | 受診日  | 年 月 日                  |                        |   |  |                        |                |                |           |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |   |  |                        |                        | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重             | 身長<br>(測定日)   | cm ( SD)   |                        |                        | 体重<br>(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 ]  |                        |                        |   | 全身あるいは一部の皮膚の潮紅:[ なし・あり ]   |                        |                |                |           |  |
|                          |   | 全身性もしくは関節部位の厚い鱗屑:[ なし・あり ]                                   |                        |                        |   | 掌蹠角化:[ なし・あり ]   |                        | 毛髪異常:[ なし・あり ] |                |           |  |
|                          |   | アトピー性皮膚炎様皮疹:[ 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 ]   |  | 実施日:( 年 月 日 )          |                        | 著明な過角化:[ なし・あり ]                            |  | 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 ]  |  | 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 ]                       |  | 辺縁帯(周辺帯)の菲薄化:[ なし・あり ] |                |                |           |  |
|                          | 所見(その他):( )   |  | 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 ]  |  | 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 ]<br>詳細:( )   |  |                        |                        |   |  |                        |                |                |           |  |
| 家族歴                      | 本疾患の家族歴:[ なし・あり・不明 ]<br>患児との続柄:( )<br>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 ]                       |  |                        |                |                |           |  |

|         |   |
|---------|---|
| 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 ( )