

病名	3 常染色体劣性遺伝性魚鱗癬 (道化師様魚鱗癬を除く。)					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		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									
診断	診断の根拠：生後間もなく発症する、体表の広範囲にわたる鱗屑、角質増殖、皮膚乾燥：[なし ・ 全身性 ・ 片側性または限局性] 片側性または限局性の場合の部位：() 尋常性魚鱗癬、X連鎖劣性魚鱗癬の単独例、表皮水疱症、ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群、掌蹠角化症、線状表皮母斑等の除外：[できない ・ できる]								
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]		アトピー性皮膚炎様皮疹：[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]					
	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)：()					
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]		アトピー性皮膚炎様皮疹：[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]					
	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)：()					

告示番号 6 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

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)	顆粒変性：[なし ・ あり]
	著明な過角化：[なし ・ あり]	著明な皮膚肥厚：[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]	層板顆粒の異常：[なし ・ あり]	
所見 (その他)：()			

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)	顆粒変性：[なし ・ あり]
	著明な過角化：[なし ・ あり]	著明な皮膚肥厚：[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]	層板顆粒の異常：[なし ・ あり]	
所見 (その他)：()			

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

合併症	合併症：[なし ・ あり]	詳細：()
-----	-----------------	--------

家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	患児との続柄：()	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 _____ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)