

告示番号		7		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)		1/2	
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"/> 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 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)		顕粒変性:[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)
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	()			