

病名	<b>4 道化師様魚鱗癬</b>				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	
<b>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</b>							
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 ]			
		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 )：( )				
<b>臨床所見 ( 申請時 ) ※直近の状況を記載</b>							
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 (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: ( )
---------	--------------

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 )	通院頻度: ( ) 回/月
	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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			