

<b>告示番号</b>	<b>8</b>	<b>皮膚疾患群</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉</b>	<b>1/2</b>
-------------	----------	--------------	------------	-----------	------------------------------	------------

<b>病名</b>	<b>4 道化師様魚鱗癬</b>					<b>受付種別</b>	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
<b>受給者番号</b>		<b>受診日</b>	年	月	日						
<b>ふりがな</b>						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
<b>生年月日</b>	年	月	日	<b>意見書記載時の年齢</b>	歳	か	月	日	<b>性別</b>	男・女・性別未決定	
<b>出生体重</b>	g	<b>出生週数</b>	在胎	週	日	<b>出生時に住民登録をした所</b>	( )	<b>都道府県</b>	( )	<b>市区町村</b>	
<b>現在の身長・体重</b>	<b>身長(測定日)</b>	cm ( SD)			<b>体重(測定日)</b>	kg ( SD)			<b>BMI</b>		
		年	月	日		年	月	日	<b>肥満度</b>	%	
<b>発病時期</b>	年	月	頃	<b>初診日</b>	年	月	日				
<b>就学・就労状況</b>	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( )										
<b>手帳取得状況</b>	<b>身体障害者手帳</b>	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					<b>療育手帳</b>	なし・あり			
	<b>精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)</b>	なし・あり(等級 1級・2級・3級)									
<b>現状評価</b>	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					<b>運動制限の必要性</b>			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(申請時) ※直近の状況を記載</b>											
<b>症状</b>	<b>皮膚・粘膜</b>	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 ]					
	<b>全身</b>	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 ]			
	<b>消化器</b>	肝機能障害:[ なし・あり ]									
	<b>筋・骨格</b>	関節拘縮:[ なし・あり ]									
	<b>精神・神経</b>	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・独立立・伝歩・坐位(移動可)・坐位(移動不可)・寝返り・寝たきり・不明 ]									
<b>眼</b>	眼瞼外反:[ なし・あり ]				眼症状(その他):( )						
<b>耳鼻咽喉</b>	聴力障害:[ なし・あり ]				耳介変形:[ なし・あり ]						
<b>その他</b>	口唇の突出開口:[ なし・あり ]				症状(その他):( )						
<b>検査所見(申請時) ※直近の状況を記載</b>											
<b>病理検査</b>	皮膚生検:[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 )			顕微鏡下所見:[ 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 ]			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 ]		層板顆粒の異常:[ なし・あり ]								
	所見(その他):( )										
<b>遺伝学的検査</b>	遺伝子検査:[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 )								
<b>検査所見(その他)</b>	検査所見(その他):( )										
<b>その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載</b>											
<b>合併症</b>	合併症:[ なし・あり ] 詳細:( )										
<b>家族歴</b>	本疾患の家族歴:[ なし・あり・不明 ] 患児との続柄:( ) 詳細:( )										
<b>既往歴</b>	新生児集中治療室の利用:[ なし・あり ]										
<b>経過(申請時) ※直近の状況を記載</b>											
<b>治療必要性</b>	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 ]				
<b>皮膚治療</b>	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	( )				