

病名	<b>5 ネザートン (Netherton) 症候群</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		
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 ]					
		全身性とくに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 ): ( )						
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 ]					
		全身性とくに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: ( )		
	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 ( \_\_\_\_\_ )