

告示番号	9	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	5 ネザートン (Netherton) 症候群				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							
		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 (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 ・ 独立立 ・ 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)											
	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): ()															
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						
				小児慢性特定疾病 指定医番号	(