

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	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 )		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 )								
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	(		)