

告示番号	6	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	6 シェーグレン・ラルソン (Sjögren-Larsson) 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(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	()				