

告示番号 **10** 皮膚疾患群 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	7 2から6までに掲げるもののほか、先天性魚鱗癬 (具体的な疾病名:)					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	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	治療・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]		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]		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):()										

告示番号 10 皮膚疾患群 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
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) 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): ()	
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 ()	