

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"/> 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	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

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]
		アトピー性皮膚炎様皮疹: [なし ・ あり]	抗真菌薬、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]
	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	痙攣四肢麻痺: [なし ・ あり]	
	眼	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]	

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]

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]	
-----	---------------------------	--

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	()		