

告示番号		12		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	9 膿疱性乾癬 (汎発型)							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな							(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 ( 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													
診断の根拠	Kogoj の海綿状膿疱 : [ なし ・ あり ] 表皮肥厚 : [ なし ・ あり ] 不全角化 : [ なし ・ あり ] 尋常性乾癬の既往 : [ なし ・ あり ]												
症状	皮膚・粘膜	粘膜疹 : [ なし ・ あり ] 膿海 : [ なし ・ あり ] 紅斑 : [ なし ・ 体表面積の25%未満 ・ 体表面積の25%以上75%未満 ・ 体表面積の75%以上 ] 膿疱形成 ( 膿疱を伴う紅斑面積 ) : [ なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上 ]											
	全身	浮腫 : [ なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上 ] 本疾患と関連する発熱 : [ なし ・ 37℃以上38.5℃未満 ・ 38.5℃以上 ]											
	精神・神経	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 ]											
	その他	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	粘膜疹 : [ なし ・ あり ]											
	全身	浮腫 : [ なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上 ] 本疾患と関連する発熱 : [ なし ・ 37℃以上38.5℃未満 ・ 38.5℃以上 ]											
	精神・神経	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 ]											
	その他	症状 ( その他 ) : ( )											
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													
血液検査	白血球数 : ( ) / $\mu$ L			赤血球数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L			赤沈 ( 1 時間値 ) : ( ) mm/h						
	CRP : ( ) mg/dL			血清総蛋白 : ( ) g/dL			血清IgG : ( ) mg/dL						
	血清IgA : ( ) mg/dL			血清IgA : ( ) mg/dL			血清IgM : ( ) mg/dL						
	ASO ( ASLO ) : ( ) 倍			リウマトイド因子 ( 定性 ) : [ 陰性 ・ 陽性 ]									
病理検査	皮膚生検 : [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日 : ( 年 月 日 )									
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日 : ( 年 月 日 )			IL36RN 遺伝子異常 : [ なし ・ あり ]						
	詳細 : ( )			遺伝子異常 ( その他 ) : ( )									
	遺伝子検査 ( 親 ) : [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]			変異遺伝子名 : ( )			詳細 : ( )						
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													
血液検査	白血球数 : ( ) / $\mu$ L			赤血球数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L			赤沈 ( 1 時間値 ) : ( ) mm/h						
	CRP : ( ) mg/dL			血清総蛋白 : ( ) g/dL			血清IgG : ( ) mg/dL						
	血清IgA : ( ) mg/dL			血清IgM : ( ) mg/dL			ASO ( ASLO ) : ( ) 倍						
	リウマトイド因子 ( 定性 ) : [ 陰性 ・ 陽性 ]												

告示番号 <b>12</b> 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
病理検査	皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) IL36RN遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 詳細：( ) 遺伝子異常 (その他)：( )	
	遺伝子検査 (親)：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 変異遺伝子名：( ) 詳細：( )	
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：( )	
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	ビタミンA誘導体の内服の必要性：[ なし ・ あり ]	
皮膚治療	ビタミンA誘導体の内服：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤の使用：[ 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 ( )	