

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 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	粘膜炎: [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	粘膜炎: [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: () / μ 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]							
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: () / μ 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 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

病理検査	皮膚生検：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：(年 月 日)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 詳細：() 遺伝子異常 (その他)：()	実施日：(年 月 日) IL36RN 遺伝子異常：[なし ・ あり]
	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	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	