

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〈継続申請用〉	
病名	9 膿疱性乾癬 (汎発型)							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						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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	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 (申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数: ()/μL	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		赤沈 (1時間値): ()mm/h							
	CRP: ()mg/dL	血清総蛋白: ()g/dL									
病理検査	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]									
遺伝学的検査	皮膚生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)								
	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	()				