

告示番号	13	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	12 肥厚性皮膚骨膜炎					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											
症状	皮膚・粘膜	皮膚肥厚:[なし・あり]		頭部脳回転状皮膚:[なし・あり]		多汗症:[なし・あり]					
	全身	リンパ浮腫:[なし・あり]									
	消化器	非特異性多発性小腸潰瘍:[なし・あり]									
	筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚:[なし・あり]									
		関節症状:[なし・あり] 所見:()									
	眼	眼瞼下垂:[なし・あり]									
その他	ばち指:[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	皮膚肥厚:[なし・あり]		頭部脳回転状皮膚:[なし・あり]		多汗症:[なし・あり]					
	全身	リンパ浮腫:[なし・あり]									
	消化器	非特異性多発性小腸潰瘍:[なし・あり]									
	筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚:[なし・あり]									
		関節症状:[なし・あり] 所見:()									
	眼	眼瞼下垂:[なし・あり]									
その他	ばち指:[なし・あり] 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											
病理検査	皮膚生検:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)		真皮浮腫:[なし・あり]		真皮ムチン沈着:[なし・あり]		脂腺増生:[なし・あり]		
	線維化:[なし・あり]		弾力線維の変性:[なし・あり]		所見(その他):()						
画像検査	単純X線検査(長管骨):[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)		所見:()						
	MRI検査(頭部):[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)		頭部脳回転状皮膚像:[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] 真皮浮腫: [なし ・ あり] 線維化: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()	実施日: (年 月 日) 真皮ムチン沈着: [なし ・ あり] 弾力線維の変性: [なし ・ あり]	脂腺増生: [なし ・ あり]
画像検査	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 所見 (その他): ()	実施日: (年 月 日)	頭部脳回転状皮膚像: [なし ・ あり]
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	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			
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 患児との続柄: () 詳細: ()		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [なし ・ あり] COX2阻害薬: [なし ・ あり] 使用薬剤名: () 薬物療法 (その他): ()		
治療	多汗症に対する治療: ()		
	皮膚肥厚に対する治療: ()		
	眼瞼下垂に対する治療: ()		
	関節症状に対する治療: ()		
	リンパ浮腫に対する治療: ()		
	多発性小腸潰瘍に対する治療: ()		
	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 ()		