

| 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 (継続申請用) | | 1/2 | |
|--------------------------|--|--|----------------------|-----------------------|------------------------|------------------|---|---------------|--|------------------------|--|-----|--|
| 病名 | 12 肥厚性皮膚骨膜炎 | | | | | | | 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 | 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] | | | | | | | |
| | | 皮膚症状 (その他): () | | | | | | | | | | | |
| | 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 (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) | | 真皮浮腫: [なし ・ あり] | | | | | | | | |
| | 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] | | | | | | | | |
| | 線維化: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| | 所見 (その他): () | | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | 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): () | | | | | | | | | | | | |
| 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: () | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------|-------------------|-------|---|---|----------------|-------|---|---|----|
| 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) |
| 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 | () | | | |