

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	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]			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	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) 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 ()