

病名	13 無汗性外胚葉形成不全					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	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	生下時よりの無汗(低汗): [なし・軽度・中等度・重症]				疎毛: [なし・あり]		眼周囲の色素沈着や醜壁: [なし・あり]		
	耳鼻咽喉	鞍鼻: [なし・あり]								
	その他	厚く外反の口唇: [なし・あり]		歯牙の低形成: [なし・あり]		歯牙異常: [なし・あり]			突出した額・下顎: [なし・あり]	
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
症状	皮膚・粘膜	生下時よりの無汗(低汗): [なし・軽度・中等度・重症]				疎毛: [なし・あり]		眼周囲の色素沈着や醜壁: [なし・あり]		
	耳鼻咽喉	鞍鼻: [なし・あり]								
	その他	厚く外反の口唇: [なし・あり]		歯牙の低形成: [なし・あり]		歯牙症状(その他): [なし・あり]			突出した額・下顎: [なし・あり]	
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) 組織学的所見: () 電子顕微鏡所見: ()									
生理機能検査	温熱発汗試験: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)		無(低)汗部の面積: ()%					
	サーモグラフィ検査: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)		高体温領域: ()%					
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] 実施日: (年 月 日) 組織学的所見: () 電子顕微鏡所見: ()									
生理機能検査	温熱発汗試験: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)		無(低)汗部の面積: ()%					
	サーモグラフィ検査: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)		高体温領域: ()%					
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: ()									

