

告示番号		15		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	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		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黴斑 : [ 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 ]					耳介低位 : [ 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黴斑 : [ 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 ]					耳介低位 : [ 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 : ( )												
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 )										
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 : ( )												
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 )										
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 : ( )												

受給者番号 ( )

患者氏名 ( )

2021a-001

告示番号 **15**

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)

2/2

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

皮膚治療	無 (低) 汗症の対策: [ なし ・ あり ]	ドライスキン対策: [ なし ・ あり ]
治療	歯牙異常対策: [ なし ・ あり ] 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 (     )