

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 (継続申請用)		
病名	13 無汗性外胚葉形成不全							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	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]		耳介低位 : [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)										
	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)					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												
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 ()						