

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)

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		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	治療 ・ 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

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瞼壁 : [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]

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)	
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 : ()	

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	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	