

告示番号		2		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	15 限局性強皮症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
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													
病型	病型分類 (限局性強皮症) : [Circumscribed morphea ・ Linear scleroderma ・ Generalized morphea ・ Pansclerotic morphea ・ Mixed morphea]												
症状	皮膚・粘膜	色素沈着: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 皮膚陥凹: [なし ・ あり] 脱毛: [なし ・ あり]											
		病変部位: 頭頸部: [なし ・ あり] 頭頸部: 皮疹数: ()											
		右上肢: [なし ・ あり]		右上肢: 皮疹数: ()		左上肢: [なし ・ あり]		左上肢: 皮疹数: ()					
		右下肢: [なし ・ あり]		右下肢: 皮疹数: ()		左下肢: [なし ・ あり]		左下肢: 皮疹数: ()					
	体幹前面: [なし ・ あり]		体幹前面: 皮疹数: ()		体幹後面: [なし ・ あり]		体幹後面: 皮疹数: ()						
	筋・骨格	患部の萎縮・変形: [なし ・ あり]		関節拘縮: [なし ・ あり]		運動障害: [なし ・ あり]		関節痛: [なし ・ あり]					
	全身	成長障害: [なし ・ あり]											
呼吸器・循環器	脳血管障害: [なし ・ あり]												
精神・神経	中枢神経症状: [なし ・ あり]												
眼	眼症状: [なし ・ あり]												
その他	顔面の陥凹・変形: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
病型	病型分類 (限局性強皮症) : [Circumscribed morphea ・ Linear scleroderma ・ Generalized morphea ・ Pansclerotic morphea ・ Mixed morphea]												
日常生活	日常生活の状態: [正常 ・ やや不自由であるが独力で可能 ・ 制限があり部分介助 ・ 全面介助]												
症状	皮膚・粘膜	皮疹の性状・部位: ()											
	筋・骨格	障害の種類・程度: 頭頸部: ()											
		障害の種類・程度: 四肢: ()											
	その他	症状 (その他): ()											
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													
血液検査	抗核抗体: () 倍 ・ 未実施		抗ssDNA抗体: () U/mL ・ 未実施		リウマトイド因子 (定量): () IU/mL ・ 未実施								
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		部位: () 所見: ()								
	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		部位: () 所見: ()								
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		検査名: () 部位: () 所見: ()								

告示番号 **2** 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**

病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見（その他）：()	実施日：(年 月 日)	膠原線維の膨化増生の所見：[なし ・ あり]
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		
血液検査	抗核抗体：()倍・未実施	抗ssDNA抗体：()U/mL・未実施	リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施
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		
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()		
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()		
経過（申請時）	※直近の状況を記載		
皮膚治療	ステロイド外用薬：[なし ・ あり]	タクロリムス外用薬：[なし ・ あり]	光線療法：[なし ・ あり]
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり]	免疫抑制薬：[なし ・ あり]	抗てんかん薬：[なし ・ あり]
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施]		
手術	外科的治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：()		
治療	合併症・後遺症（皮疹のみを除く）の継続的治療の必要性：[なし ・ あり] 詳細：() 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 ()		