

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 (継続申請用)		
病名	15 限局性強皮症							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		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												
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 (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] 実施日: (年 月 日) 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	()					