

告示番号		51		免疫疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3			
病名		22 先天性角化異常症								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報		保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 ( ) 市区町村 ( )													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日									
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 %	
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				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															
最終受診日		( 年 月 日 )													
身体所見		小頭症 (-2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]													
症状	全身	体重増加不良 : [ なし ・ あり ] 発熱 : [ なし ・ あり ] リンパ節腫脹 : [ なし ・ あり ]													
	皮膚・粘膜	発疹 : [ なし ・ あり ] 性状 : ( ) 出血斑 : [ なし ・ あり ] 色素脱失 : [ なし ・ あり ] 網状色素沈着 : [ なし ・ あり ] 口内炎 : [ なし ・ あり ] 口腔粘膜白斑症 : [ なし ・ あり ] 爪の萎縮 : [ なし ・ あり ] 頭髮の消失、白髪 : [ なし ・ あり ]													
	筋・骨格	関節炎 : [ なし ・ あり ]													
	内分泌・代謝	骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ]													
	消化器	肝腫 : [ なし ・ あり ] 脾腫大 : [ なし ・ あり ] 下痢 : [ なし ・ あり ] 食道狭窄 : [ なし ・ あり ]													
	精神・神経	小脳性運動失調 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]													
	その他	歯牙異常 : [ なし ・ あり ] 症状 (その他) : ( )													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
身体所見		小頭症 (-2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]													
症状	全身	体重増加不良 : [ なし ・ あり ] 発熱 : [ なし ・ あり ] リンパ節腫脹 : [ なし ・ あり ]													
	皮膚・粘膜	発疹 : [ なし ・ あり ] 性状 : ( ) 出血斑 : [ なし ・ あり ] 色素脱失 : [ なし ・ あり ] 網状色素沈着 : [ なし ・ あり ] 口内炎 : [ なし ・ あり ] 口腔粘膜白斑症 : [ なし ・ あり ] 爪の萎縮 : [ なし ・ あり ] 頭髮の消失、白髪 : [ なし ・ あり ]													
	筋・骨格	関節炎 : [ なし ・ あり ]													
	内分泌・代謝	骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ]													
	消化器	肝腫 : [ なし ・ あり ] 脾腫大 : [ なし ・ あり ] 下痢 : [ なし ・ あり ] 食道狭窄 : [ なし ・ あり ]													
	精神・神経	小脳性運動失調 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]													
	その他	歯牙異常 : [ なし ・ あり ] 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		白血球数 : ( ) /μL 好中球 : ( ) % リンパ球 : ( ) % 単球 : ( ) % 好酸球 : ( ) % 網赤血球 : ( ) ‰ 赤血球数 : ( ) ×10 <sup>4</sup> / μL ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL ヘマトクリット (Ht) : ( ) % 血小板数 : ( ) ×10 <sup>4</sup> / μL 血清総ビリルビン (T-Bil) : ( ) mg/dL AST : ( ) U/L ALT : ( ) U/L 血清IgG : ( ) mg/dL 血清IgA : ( ) mg/dL 血清IgM : ( ) mg/dL 血清総IgE : ( ) IU/mL													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験 : PHA反応 : [ 未実施 ・ 実施 ] PHA反応 (検査方法) : ( ) PHA反応 (測定値) : ( ) cpm PHA反応 (基準値) : ( ) cpm PHA反応 SI (Stimulation index) : ( )													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析 : CD4 : ( ) % CD8 : ( ) % T細胞 (%) : ( ) % T細胞絶対数 : ( ) /μL B細胞 (%) : ( ) % B細胞絶対数 : ( ) /μL NK細胞 (%) : ( ) % NK細胞絶対数 : ( ) /μL													
骨髓検査		骨髓検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )													
画像検査		CT 検査 (胸部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )													



