

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〈新規申請用〉		1/2	
病名		9 膿疱性乾癬 (汎発型)							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)											
診断の根拠		Kogoj の海綿状膿疱:[なし ・ あり] 表皮肥厚:[なし ・ あり] 不全角化:[なし ・ あり] 尋常性乾癬の既往:[なし ・ あり]											
症状	皮膚・粘膜	粘膜疹:[なし ・ あり] 膿海:[なし ・ あり] 紅斑:[なし ・ 体表面積の25%未満 ・ 体表面積の25%以上75%未満 ・ 体表面積の75%以上] 膿疱形成 (膿疱を伴う紅斑面積):[なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上]											
	全身	浮腫:[なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上] 本疾患と関連する発熱:[なし ・ 37℃以上38.5℃未満 ・ 38.5℃以上]											
	精神・神経	移動障害:[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]											
	その他	症状 (その他):()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	皮膚・粘膜	粘膜疹:[なし ・ あり]											
	全身	浮腫:[なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上] 本疾患と関連する発熱:[なし ・ 37℃以上38.5℃未満 ・ 38.5℃以上]											
	精神・神経	移動障害:[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]											
	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		白血球数:()/μL CRP:()mg/dL 血清IgG:()mg/dL ASO (ASLO):()倍				赤血球数:()×10 ⁴ /μL 血清総蛋白:()g/dL 血清IgA:()mg/dL リウマトイド因子 (定性):[陰性 ・ 陽性]				赤沈 (1時間値):()mm/h 血清IgG:()mg/dL 血清IgM:()mg/dL			
病理検査		皮膚生検:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
遺伝学的検査		遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) IL36RN遺伝子異常:[なし ・ あり] 詳細:() 遺伝子異常 (その他):()											
		遺伝子検査 (親):[未実施 ・ 実施 ・ 不明] 変異遺伝子名:() 詳細:()											
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		白血球数:()/μL CRP:()mg/dL 血清IgA:()mg/dL リウマトイド因子 (定性):[陰性 ・ 陽性]				赤血球数:()×10 ⁴ /μL 血清総蛋白:()g/dL 血清IgM:()mg/dL				赤沈 (1時間値):()mm/h 血清IgG:()mg/dL ASO (ASLO):()倍			

