

告示番号		15		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〉		1/3	
病名		8 表皮水疱症								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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										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 )											
病型		病型分類 (表皮水疱症) : [ 単純型 ・ 接合部型 ・ 栄養障害型 ・ 未確定 ]											
		単純型の場合 : [ 優性単純型 ・ 筋ジストロフィー合併型 ・ その他 ]											
		接合部型の場合 : [ ヘルリッツ型 ・ 非ヘルリッツ型 ・ 幽門閉鎖合併型 ・ その他 ]											
		栄養障害型の場合 : [ 優性型 ・ 劣性重症汎発型 ・ その他 ]											
		その他の型の場合 : ( )											
診断の根拠		軽微な機械的刺激により皮膚 (ときに粘膜) に容易に生ずる水疱 : [ なし ・ あり ] 出生時から乳幼児期の発症かつ症状の持続 : [ なし ・ あり ] 薬剤、感染、光線過敏、自己免疫、亜鉛欠乏、魚鱗癬様紅皮症による水疱を除外 : [ できない ・ できる ]											
症状	皮膚・粘膜	皮膚掻痒 : [ なし ・ あり ] 程度 : [ 時にむずむずするが掻かなくても我慢できる ・ 時に手がゆき軽く掻く程度 ・ かなり痒く人前でも掻く ・ いてもたってもいられない痒み ]											
		皮膚の水疱の新生 : [ なし ・ 1ヶ月に数個以下 ・ 1週間に数個 ・ 連日新生 ] 粘膜の水疱の新生 : [ なし ・ 1ヶ月に数個以下 ・ 1週間に数個 ・ 連日新生 ]											
		掌蹠角化 : [ なし ・ あり ] 範囲 : [ 部分的 ・ 広範囲 ・ 全体 ]											
		脱毛 : [ なし ・ あり ] 範囲 : [ 部分的 ・ 広範囲 ・ 全体 ]											
		瘢痕形成 : [ なし ・ 萎縮性瘢痕 ・ 肥厚性瘢痕 ・ 関節拘縮を伴う ] 稗粒腫形成 : [ なし ・ あり ] 爪変形・脱落 : [ なし ・ 10指趾未滿 ・ 10指趾以上 ・ 全指趾 ]											
	全身	栄養障害 : [ なし ・ あり ] 哺乳力低下 : [ なし ・ あり ]											
	消化器	食道狭窄 : [ なし ・ あり ] 程度 : [ 軽度嚥下障害 ・ 固形物摂取困難 ・ 水分摂取困難 ]											
	筋・骨格	関節拘縮 : [ なし ・ あり ] 指 (趾) 間癒着 : [ なし ・ PIPまで ・ DIPまで ・ 棍棒状 ]											
	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	歯牙形成不全 : [ なし ・ あり ] 程度 : [ 数本 ・ 半分以上 ・ すべて ]												
	有棘細胞癌 : [ 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 (表皮水疱症) : [ 単純型 ・ 接合部型 ・ 栄養障害型 ・ 未確定 ]											
		単純型の場合 : [ 優性単純型 ・ 筋ジストロフィー合併型 ・ その他 ]											
		接合部型の場合 : [ ヘルリッツ型 ・ 非ヘルリッツ型 ・ 幽門閉鎖合併型 ・ その他 ]											
		栄養障害型の場合 : [ 優性型 ・ 劣性重症汎発型 ・ その他 ]											
		その他の型の場合 : ( )											
症状	皮膚・粘膜	皮膚掻痒 : [ なし ・ あり ] 程度 : [ 時にむずむずするが掻かなくても我慢できる ・ 時に手がゆき軽く掻く程度 ・ かなり痒く人前でも掻く ・ いてもたってもいられない痒み ]											
		皮膚の水疱の新生 : [ なし ・ 1ヶ月に数個以下 ・ 1週間に数個 ・ 連日新生 ] 粘膜の水疱の新生 : [ なし ・ 1ヶ月に数個以下 ・ 1週間に数個 ・ 連日新生 ]											



上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号				
	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
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

## 担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
------	--------------

研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
---------	-----------

受給者番号                      受給者番号 (                      ) 有効期限                      年                      月                      日

階層区分 [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]

保險情報

保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )

被保險者番号 ( ) 被保險者個人單位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日