

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		16 限局性強皮症							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 )											
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 : ( )													

[illegible]

・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	