

告示番号		14		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		12 肥厚性皮膚骨膜炎							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 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)											
症状	皮膚・粘膜	皮膚肥厚:[なし ・ あり] 頭部脳回転状皮膚:[なし ・ あり] 多汗症:[なし ・ あり] 皮膚症状 (その他):()											
	全身	リンパ浮腫:[なし ・ あり]											
	消化器	非特異性多発性小腸潰瘍:[なし ・ あり]											
	筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚:[なし ・ あり]											
		関節症状:[なし ・ あり] 所見:()											
	眼	眼瞼下垂:[なし ・ あり]											
その他	ばち指:[なし ・ あり] 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	皮膚肥厚:[なし ・ あり] 頭部脳回転状皮膚:[なし ・ あり] 多汗症:[なし ・ あり] 皮膚症状 (その他):()											
	全身	リンパ浮腫:[なし ・ あり]											
	消化器	非特異性多発性小腸潰瘍:[なし ・ あり]											
	筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚:[なし ・ あり]											
		関節症状:[なし ・ あり] 所見:()											
	眼	眼瞼下垂:[なし ・ あり]											
その他	ばち指:[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													
病理検査		皮膚生検:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 真皮浮腫:[なし ・ あり] 真皮ムチン沈着:[なし ・ あり] 脂腺増生:[なし ・ あり] 線維化:[なし ・ あり] 弾力線維の変性:[なし ・ あり] 所見 (その他):()											
画像検査		単純X線検査 (長管骨):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
		MRI 検査 (頭部):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 頭部脳回転状皮膚像:[なし ・ あり] 所見 (その他):()											
遺伝学的検査		遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他):()											

