

告示番号		1		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		1 眼皮膚白皮症 (先天性白皮症)							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) 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 )											
症状	皮膚・粘膜	生下時よりの全身の白色皮膚:[ なし ・ あり ] 白色から茶褐色までの頭髮:[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下:[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]											
	眼	虹彩色素の低下:[ なし ・ あり ] 眼振:[ なし ・ あり ] 眼症状 (その他):( )											
	耳鼻咽喉	聴力障害:[ なし ・ あり ]											
	その他	免疫異常:[ なし ・ あり ] 症状 (その他):( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	皮膚・粘膜	生下時よりの全身の白色皮膚:[ なし ・ あり ] 白色から茶褐色までの頭髮:[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下:[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]											
	眼	虹彩色素の低下:[ なし ・ あり ] 眼振:[ なし ・ あり ] 眼症状 (その他):( )											
	耳鼻咽喉	聴力障害:[ なし ・ あり ]											
	その他	免疫異常:[ 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													
病理検査		皮膚生検:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 組織学的所見:( ) 電子顕微鏡所見:( )											
眼科学的検査		眼底検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )											
		視力検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 右 (裸眼):( ) 左 (裸眼):( ) 右 (矯正後):( ) 左 (矯正後):( )											
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):( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
病理検査		皮膚生検:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 組織学的所見:( ) 電子顕微鏡所見:( )											

