

告示番号		3		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		10 色素性乾皮症								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)														
症状		皮膚・粘膜		光線過敏症：[なし ・ あり] 露光部に限局した特徴的な色素斑：[なし ・ あり]												
		精神・神経		末梢神経障害 (深部腱反射の低下)：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 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]												
		眼		眼症状：[なし ・ あり]												
		耳鼻咽喉		感性性難聴：[なし ・ あり]												
		その他		露光部の皮膚がんの発生：[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		光線過敏症：[なし ・ あり] 露光部に限局した特徴的な色素斑：[なし ・ あり]												
		精神・神経		末梢神経障害 (深部腱反射の低下)：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 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]												
		眼		眼症状：[なし ・ あり]												
		耳鼻咽喉		感性性難聴：[なし ・ あり]												
		その他		露光部の皮膚がんの発生：[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		最少紅斑量の測定：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
		不定期DNA合成能測定：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
		紫外線致死性感受性テスト：[未実施 ・ 実施] 紫外線感受性致死テストのカフェイン存在下での感受性増強：[未実施 ・ なし ・ あり] 所見 (その他)：()														
生理機能検査		聴覚検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 感性性難聴：[なし ・ あり]														
		聴性脳幹反応 (ABR) 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 聴性脳幹反応でのI,II波の異常：[なし ・ あり]														
		神経伝導検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 末梢神経障害 (末梢神経伝達速度での軸索障害)：[なし ・ あり]														
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
		遺伝的相補性群試験：[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)：()														

