

告示番号		16		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		13 無汗性外胚葉形成不全							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 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	生下時よりの無汗 (低汗) : [なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重症] 疎毛 : [なし ・ あり] 眼周囲の色素沈着や醗壁 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鞍鼻 : [なし ・ あり]											
	その他	厚く外反の口唇 : [なし ・ あり] 歯牙の低形成 : [なし ・ あり] 歯牙異常 : [なし ・ あり] 突出した額・下顎 : [なし ・ あり] 耳介低位 : [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	生下時よりの無汗 (低汗) : [なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重症] 疎毛 : [なし ・ あり] 眼周囲の色素沈着や醗壁 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鞍鼻 : [なし ・ あり]											
	その他	厚く外反の口唇 : [なし ・ あり] 歯牙の低形成 : [なし ・ あり] 歯牙症状 (その他) : [なし ・ あり] 突出した額・下顎 : [なし ・ あり] 耳介低位 : [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 : ()											
生理機能検査		温熱発汗試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 無 (低) 汗部の面積 : () %											
		サーモグラフィ検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 高体温領域 : () %											
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 : ()											
生理機能検査		温熱発汗試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 無 (低) 汗部の面積 : () %											
		サーモグラフィ検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 高体温領域 : () %											
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) : ()											
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
家族歴		本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 患児との続柄 : () 詳細 : ()											

