

病名	16 限局性強皮症						受付種別	<div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）</div>												
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		治癒 ・ 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 (申請時) ※直近の状況を記載																				
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 ]																		
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 (申請時) ※直近の状況を記載																				
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																		
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																				
合併症		合併症 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )																		
家族歴		本疾患の家族歴 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細 : ( )																		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載																				
皮膚治療		ステロイド外用薬 : [ なし ・ あり ]      タクロリムス外用薬 : [ なし ・ あり ]      光線療法 : [ なし ・ あり ] 皮膚治療 (その他) : ( )																		
薬物療法		ステロイド薬 : [ なし ・ あり ]      免疫抑制薬 : [ なし ・ あり ]      抗てんかん薬 : [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他) : ( )																		
リハビリテーション		理学療法 : [ 未実施 ・ 実施 ]																		
手術		外科的治療 : [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日 : ( 年 月 日 ) 術式 : ( )																		
治療		合併症・後遺症 (皮疹のみを除く) の継続的治療の必要性 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )																		
		治療 (その他) : ( )																		
今後の治療方針		今後の治療方針 : ( )																		
		治療見込み期間 (入院)    開始日 : ( 年 月 日 )    終了日 : ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来)    開始日 : ( 年 月 日 )    終了日 : ( 年 月 日 )    通院頻度 ( )回／月																		
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )																		

上記の通り診断します。

医療機関名  
医療機関所在地  
電話番号

記載年月日                      年                      月                      日  
診断年月日                      年                      月                      日

診療科  
医師名  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・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