

告示番号		12		皮膚疾患群		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		14 特発性後天性全身性無汗症						受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名</div> <div><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) 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)											
症状		皮膚・粘膜		生下時よりの無汗 (低汗) : [なし ・ あり]									
				無汗 : 範囲 : ()									
				発汗低下 : 範囲 : ()									
				左右差 : [なし ・ あり] 腋窩 : [なし ・ あり] 手掌・足底 : [なし ・ あり]									
				発汗残存部位 : ()									
		発汗誘発時のコリン性蕁麻疹 : [なし ・ あり ・ 不明]											
		アトピー性皮膚炎 : [なし ・ あり]											
精神・神経		自律神経障害 : [なし ・ あり] 神経症状 : [なし ・ あり]											
その他		体温調節異常 : [なし ・ あり] 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SS-A/Ro抗体 : オクタロニー法 : ()倍 ・ 未実施 EIA法 : ()U/mL ・ 未実施											
		抗SS-B/La抗体 : オクタロニー法 : ()倍 ・ 未実施 EIA法 : ()U/mL ・ 未実施											
		血清総IgE : ()IU/mL ・ 未実施											
負荷試験		アセチルコリン皮内テスト : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
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 : ()%											
		定量的軸索反射性発汗試験 (QSART) : [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													
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 : ()											
既往歴		過去1年間おける熱中症 : [なし ・ あり]											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法		ステロイド薬 : [なし ・ あり] プレドニゾン換算投与量 : ()mg/日 治療効果 : [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]											

