

告示番号		14		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		12 肥厚性皮膚骨膜炎						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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		皮膚肥厚:[なし ・ あり] 頭部脳回転状皮膚:[なし ・ あり] 多汗症:[なし ・ あり] 皮膚症状 (その他):()									
		全身		リンパ浮腫:[なし ・ あり]									
		消化器		非特異性多発性小腸潰瘍:[なし ・ あり]									
		筋・骨格		長管骨を主とする骨膜性骨肥厚:[なし ・ あり] 関節症状:[なし ・ あり] 所見:()									
		眼		眼瞼下垂:[なし ・ あり]									
		その他		ばち指:[なし ・ あり] 症状 (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) 真皮浮腫:[なし ・ あり] 真皮ムチン沈着:[なし ・ あり] 脂腺増生:[なし ・ あり] 線維化:[なし ・ あり] 弾力線維の変性:[なし ・ あり] 所見 (その他):()											
画像検査		MRI検査 (頭部):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 頭部脳回転状皮膚像:[なし ・ あり] 所見 (その他):()											
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:()											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法		非ステロイド系抗炎症薬:[なし ・ あり] COX2阻害薬:[なし ・ あり] 使用薬剤名:() 薬物療法 (その他):()											
治療		多汗症に対する治療:()											
		皮膚肥厚に対する治療:()											
		眼瞼下垂に対する治療:()											
		関節症状に対する治療:()											
		リンパ浮腫に対する治療:()											

