

告示番号		1		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		1 眼皮膚白皮症 (先天性白皮症)						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 (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		生下時よりの全身の白色皮膚:[ なし ・ あり ]      白色から茶褐色までの頭髮:[ なし ・ あり ]									
		筋・骨格		筋力低下:[ なし ・ あり ]									
		精神・神経		精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]									
		眼		虹彩色素の低下:[ なし ・ あり ]      眼振:[ なし ・ あり ] 眼症状 (その他):(      )									
		耳鼻咽喉		聴力障害:[ なし ・ あり ]									
		その他		免疫異常:[ なし ・ あり ] 症状 (その他):(      )									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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:(      )											
眼科学的検査		眼底検査:[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日:(      年      月      日 ) 所見:(      )											
		視力検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 右 (裸眼):(      )      左 (裸眼):(      )      右 (矯正後):(      )      左 (矯正後):(      )											
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													
皮膚治療		紫外線対策:[ なし ・ あり ] 詳細:(      )											
治療		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