

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		13 無汗性外胚葉形成不全						受付種別		<input type="checkbox"/> 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醜壁: [ 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 ] 突出した顎・下顎: [ なし   ・  あり ]      耳介低位: [ 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: (        )											
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: (        )											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
皮膚治療		無 (低) 汗症の対策: [ なし   ・  あり ]      ドライスキン対策: [ なし   ・  あり ]											
治療		歯牙異常対策: [ なし   ・  あり ] 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 (        )											

