告示番号 15　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	8　表皮水疱症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 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（　　ー　　）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）
病型		病型分類（表皮水疱症）：[単純型 ・ 接合部型 ・ 栄養障害型 ・ 未確定]
		単純型の場合：[優性単純型 ・ 筋ジストロフィー合併型 ・ その他]
		接合部型の場合：[ヘルリッツ型 ・ 非ヘルリッツ型 ・ 幽門閉鎖合併型 ・ その他]
		栄養障害型の場合：[優性型 ・ 劣性重症汎発型 ・ その他]
		その他の型の場合：（　　）
症状	皮膚・粘膜	皮膚掻痒：[なし ・ あり] 程度：[時にむずむずするが掻かなくても我慢できる ・ 時に手がゆき軽く掻く程度 ・ かなり痒く人前でも掻く ・ いてもたってもいられない痒み]
		皮膚の水疱の新生：[なし ・ 1ヶ月に数個以下 ・ 1週間に数個 ・ 連日新生] 粘膜の水疱の新生：[なし ・ 1ヶ月に数個以下 ・ 1週間に数個 ・ 連日新生]
		掌蹠角化：[なし ・ あり]　範囲：[部分的 ・ 広範囲 ・ 全体]
		脱毛：[なし ・ あり]　範囲：[部分的 ・ 広範囲 ・ 全体]
		瘢痕形成：[なし ・ 萎縮性瘢痕 ・ 肥厚性瘢痕 ・ 関節拘縮を伴う]　稗粒腫形成：[なし ・ あり] 爪変形・脱落：[なし ・ 10指趾未満 ・ 10指趾以上 ・ 全指趾]
	全身	栄養障害：[なし ・ あり]　哺乳力低下：[なし ・ あり]
	消化器	食道狭窄：[なし ・ あり]　程度：[軽度嚥下障害 ・ 固形物摂取困難 ・ 水分摂取困難]
	筋・骨格	関節拘縮：[なし ・ あり]　指（趾）間癒着：[なし ・ PIPまで ・ DIPまで ・ 棍棒状]
	精神・神経	移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	その他	歯牙形成不全：[なし ・ あり]　程度：[数本 ・ 半分以上 ・ すべて]
		有棘細胞癌：[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	ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　血清アルブミン：（　　）g/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL
尿検査	尿蛋白（定性）：[− ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+]
病理検査	皮膚生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	電顕による観察：[未実施 ・ 実施]　水疱部：病理学的水疱形成部位：[表皮内 ・ 接合部 ・ 真皮内 ・ 不明] 非水疱部：トノフィラメントの凝集：[なし ・ あり ・ 不明]　非水疱部：ヘミデスモゾームの低形成：[なし ・ あり ・ 不明] 非水疱部：留線維の減少：[なし ・ あり ・ 不明]
	凍結切片の蛍光抗体法による基底膜抗原局在検査：[未実施 ・ 実施] 水疱形成部位：[表皮内 ・ 接合部 ・ 真皮内 ・ 不明]　基底膜蛋白発現：[正常 ・ 異常] 所見（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 15　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〉　

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

合併症	幽門狭窄症：[なし ・ あり]　筋ジストロフィー：[なし ・ あり] 合併症（その他）：（　）
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

治療必要性	在宅処置の必要性：[なし ・ あり]　創傷被覆材の使用の必要性：[なし ・ あり]
皮膚治療	在宅処置：[なし ・ あり] 創傷被覆材の使用：[なし ・ あり]　創傷被覆材の使用（現在）：[なし ・ あり] 使用被覆材名：（　）　平均的使用量 [平方センチ/月]：（　）
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（　）

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名　　記載年月日　年　月　日
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

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