

告示番号		1		皮膚疾患		平成（		）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書			
受給者番号（				新規登録 ・ 継続 ・ 転入 （転出地：							
患者		ふりがな 氏名				男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 （満 歳）			
出生都道府県※1				出生体重		g		出生週数		在胎 週	
現在の身長※2		. cm		現在の体重※2		. kg		母の生年月日		昭和 平成 年 月 日	
発病		年 月 頃				初診日		年 月 日			
大分類病名		1		眼皮膚白皮症（先天性白皮症）		細分類病名		1		眼皮膚白皮症（先天性白皮症）	
1.臨床所見											
現在の 症 状	該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載										
	皮膚所見等 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 ）										
	眼所見 虹彩色素の低下 （ なし ・ あり ） 眼振 （ なし ・ あり ）										
	その他の眼科的異常 （ なし ・ あり → 詳細： ）										
	聴覚障害 （ なし ・ あり ）										
	免疫異常 （ なし ・ あり ）										
	神経症状 （ なし ・ あり ）										
	精神発達遅滞 （ なし ・ あり ）										
	家族内同症 （ なし ・ あり → 患児との続柄： ）										
	その他の特記すべき症状 （ なし ・ あり → 所見： ）										
2.検査所見											
診 断 の 根 拠 等 の 結 果	該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載										
	眼底検査 （ 未実施 ・ 実施 → 所見： ）										
	遺伝子診断 （ 未実施 ・ 実施 → 所見： ）										
	その他の検査 （ 未実施 ・ 実施 → 検査名（ ） 、所見（ ） ）										
	視力検査										
	裸眼 右 （ ） 左 （ ）										
	矯正後 右 （ ） 左 （ ）										
3.その他の所見											
その他の 現在の 所見など	合併症 （ なし ・ あり → 詳細： ）										
4.経 過											
現 在 の 治 療	紫外線対策 （ なし ・ あり ）										
過去の主 な治療・検 査など											
5.今後の療法方針											
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校（通常学級・通級・特別支援学級） 3. 特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部）										
	4. 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 5. 大学（短期大学を含む） 6. 就労（就学中の就労も含む）										
現状評価	7. 未就学かつ未就労 8. その他（ ）										
	一つに○印： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能										
治療見込期間	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明										
	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで										
	通院 年 月 日 から 年 月 日 まで （ 月 回 ）										
	上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。										
平成 年 月 日	医療機関名										
	および 所在地										
	科										
	医師名										
	印										
	小児慢性特定疾病指定医番号										

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入