

告示番号		9		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〉											
病名		9 膿疱性乾癬（汎発型）										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名	
受給者番号				受診日		年 月 日		<input type="checkbox"/> 転入 → （ ）							
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
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		%			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日									
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 ( )													
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															
症状		皮膚・粘膜		粘膜疹：[ なし ・ あり ]											
		全身		浮腫：[ なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上 ] 本疾患と関連する発熱：[ なし ・ 37℃以上38.5℃未満 ・ 38.5℃以上 ]											
		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		症状 (その他)：( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
血液検査		白血球数：( )/μL				赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL				赤沈 (1時間値)：( )mm/h					
		CRP：( )mg/dL				血清総蛋白：( )g/dL									
		血清IgG：( )mg/dL				血清IgA：( )mg/dL				血清IgM：( )mg/dL					
		ASO (ASLO)：( )倍				リウマトイド因子 (定性)：[ 陰性 ・ 陽性 ]									
病理検査		皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )									
		所見：( )													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )				IL36RN遺伝子異常：[ なし ・ あり ]					
		詳細：( )													
		遺伝子異常 (その他)：( )													
		遺伝子検査 (親)：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]													
		変異遺伝子名：( )													
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		合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )													
既往歴		新生児集中治療室の利用：[ なし ・ あり ]													
経過 (申請時) ※直近の状況を記載															
治療必要性		ビタミンA誘導体の内服の必要性：[ なし ・ あり ]													
皮膚治療		ビタミンA誘導体の内服：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤の使用：[ なし ・ あり ]													
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									
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													
医療機関住所		診療科 医師名 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )													