

告示番号		10		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		12 肥厚性皮膚骨膜炎						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
受給者番号				受診日		年 月 日							
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)		体重 (測定日)		kg ( SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		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		皮膚肥厚：[ なし ・ あり ] 頭部脳回転状皮膚：[ なし ・ あり ] 多汗症：[ なし ・ あり ] 皮膚症状 (その他)：( )									
		全身		リンパ浮腫：[ なし ・ あり ]									
		消化器		非特異性多発性小腸潰瘍：[ なし ・ あり ]									
		筋・骨格		長管骨を主とする骨膜性骨肥厚：[ なし ・ あり ] 関節症状：[ なし ・ あり ] 所見：( )									
		眼		眼瞼下垂：[ なし ・ あり ]									
		その他		ばち指：[ 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 ) 真皮浮腫：[ なし ・ あり ] 真皮ムチン沈着：[ なし ・ あり ] 脂腺増生：[ なし ・ あり ] 線維化：[ なし ・ あり ] 弾力線維の変性：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )											
画像検査		MRI 検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 頭部脳回転状皮膚像：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )											
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													
薬物療法		非ステロイド系抗炎症薬：[ なし ・ あり ] COX2阻害薬：[ なし ・ あり ] 使用薬剤名：( ) 薬物療法 (その他)：( )											
治療		多汗症に対する治療：( )											
		皮膚肥厚に対する治療：( )											
		眼瞼下垂に対する治療：( )											
		関節症状に対する治療：( )											
		リンパ浮腫に対する治療：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	10	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〉	2/2		
治療	多発性小腸潰瘍に対する治療：( )								
	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 )
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	(	)			