

告示番号		12		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		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			
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)		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		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雛壁 : [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] 突出した額・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											
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 ()							