

告示番号		8		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		7		2から6までに掲げるもののほか、先天性魚鱗癬		(具体的な疾病名:)		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		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		治療 ・ 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		皮膚の水疱、びらん: [なし ・ あり]		全身あるいは一部の皮膚の潮紅: [なし ・ あり]									
				全身性とくに関節部位の厚い鱗屑: [なし ・ あり]		掌跖角化: [なし ・ あり]		毛髪異常: [なし ・ あり]							
				アトピー性皮膚炎様皮疹: [なし ・ あり]		抗菌薬、抗ウイルス薬、抗真菌薬等の投与が必要となる皮膚の二次感染: [なし ・ あり]									
		全身		成長障害: [なし ・ あり]		体温調整障害 (うつ熱等): [なし ・ あり]		栄養障害: [なし ・ あり]							
		消化器		肝機能障害: [なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節拘縮: [なし ・ あり]											
		精神・神経		痙性四肢麻痺: [なし ・ あり]		精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
				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]											
眼		眼瞼外反: [なし ・ あり]													
		眼症状 (その他): ()													
耳鼻咽喉		聴力障害: [なし ・ あり]		耳介変形: [なし ・ あり]											
その他		口唇の突出開口: [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)		顕微鏡検査: [なし ・ あり]									
		著明な過角化: [なし ・ あり]		著明な皮膚肥厚: [なし ・ あり]		顆粒変性: [なし ・ あり]									
		電顕による観察: [未実施 ・ 実施]		ケラトヒアリン顆粒の異常: [なし ・ あり]		トノフィラメントの凝集: [なし ・ あり]									
		辺縁帯 (周辺帯) の菲薄化: [なし ・ あり]		層板顆粒の異常: [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)											
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: ()											
家族歴		本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]		患児との続柄: ()		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		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]		ビタミンA誘導体の内服の必要性: [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]		ビタミンA誘導体の内服: [なし ・ あり]									

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	8	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	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	(