

告示番号		51		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3					
病名		22 先天性角化異常症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
身体所見		小頭症 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]															
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり] 発熱: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり]															
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 網状色素沈着: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり] 口腔粘膜白斑症: [なし ・ あり] 爪の萎縮: [なし ・ あり] 頭髮の消失、白髪: [なし ・ あり]															
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]															
	内分泌・代謝	骨粗鬆症: [なし ・ あり]															
	消化器	肝腫: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり] 食道狭窄: [なし ・ あり]															
	精神・神経	小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]															
	その他	歯牙異常: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
身体所見		小頭症 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]															
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり] 発熱: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり]															
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 網状色素沈着: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり] 口腔粘膜白斑症: [なし ・ あり] 爪の萎縮: [なし ・ あり] 頭髮の消失、白髪: [なし ・ あり]															
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]															
	内分泌・代謝	骨粗鬆症: [なし ・ あり]															
	消化器	肝腫: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり] 食道狭窄: [なし ・ あり]															
	精神・神経	小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]															
	その他	歯牙異常: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()															
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL AST: ()U/L ALT: ()U/L 血清IgG: ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL															
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法): () PHA反応 (測定値): ()cpm PHA反応 (基準値): ()cpm PHA反応 SI (Stimulation index): ()															
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL															
骨髓検査		骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()															
画像検査		CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()															

