

告示番号		51		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		22 先天性角化異常症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()			
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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													
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) : ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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											
骨髄検査		骨髄検査 : [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 : ()											
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 遺伝子名 : () DNA 変異 : () アミノ酸変異 : () 蛋白発現検査 : [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損] テロメア長測定 : ()SD											
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] 詳細 : ()											

