

告示番号		1		皮膚疾患群 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	1 眼皮膚白皮症 (先天性白皮症)					受付種別	<input type="checkbox"/> 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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
		年 月 日	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)									
症状	皮膚・粘膜	生下時よりの全身の白色皮膚:[なし ・ あり]				白色から茶褐色までの頭髮:[なし ・ あり]				
	筋・骨格	筋力低下:[なし ・ あり]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]								
	眼	虹彩色素の低下:[なし ・ あり]				眼振:[なし ・ あり]				
	耳鼻咽喉	聴力障害:[なし ・ あり]								
	その他	免疫異常:[なし ・ あり]				症状 (その他):()				
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
症状	皮膚・粘膜	生下時よりの全身の白色皮膚:[なし ・ あり]				白色から茶褐色までの頭髮:[なし ・ あり]				
	筋・骨格	筋力低下:[なし ・ あり]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]								
	眼	虹彩色素の低下:[なし ・ あり]				眼振:[なし ・ あり]				
	耳鼻咽喉	聴力障害:[なし ・ あり]								
	その他	免疫異常:[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										
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:()									
眼科学的検査	眼底検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)							
	所見:()									
遺伝学的検査	視力検査:[未実施 ・ 実施]		右 (裸眼):() 左 (裸眼):()		右 (矯正後):()		左 (矯正後):()			
	所見:()									
検査所見 (その他)	検査所見 (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:()									

告示番号	1	皮膚疾患群 () 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/2
眼科学的検査	眼底検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () 視力検査: [未実施 ・ 実施] 右 (裸眼): () 左 (裸眼): () 右 (矯正後): () 左 (矯正後): ()			
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	紫外線対策: [なし ・ あり] 詳細: ()			
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			
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 ()			
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
医療機関所在地		診断年月日	年	月 日
電話番号		診療科		
		医師名		
		小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
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