

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		☐ 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)													
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] 眼症状 (その他):()											
		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] 眼症状 (その他):()											
		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:()													
		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):()													
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:()													

