

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 (継続申請用) **1/2**

病名	<b>1 眼皮膚白皮症 (先天性白皮症)</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI
		年 月 日	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 )						
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 (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:( )						
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 ( )						

<b>告示番号</b>	<b>1</b>	<b>皮膚疾患群</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉</b>	<b>2/2</b>
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