

告示番号		7		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	3 常染色体劣性遺伝性魚鱗癬 (道化師様魚鱗癬を除く。)					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		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	皮膚の水疱、びらん: [なし ・ あり]			全身あるいは一部の皮膚の潮紅: [なし ・ あり]					
		全身性とくに関節部位の厚い鱗屑: [なし ・ あり]			掌蹠角化: [なし ・ あり]		毛髪異常: [なし ・ あり]			
		アトピー性皮膚炎様皮疹: [なし ・ あり]			抗菌薬、抗ウイルス薬、抗真菌薬等の投与が必要となる皮膚の二次感染: [なし ・ あり]					
	全身	成長障害: [なし ・ あり]		体温調整障害 (うつ熱等): [なし ・ あり]		栄養障害: [なし ・ あり]				
	消化器	肝機能障害: [なし ・ あり]								
	筋・骨格	関節拘縮: [なし ・ あり]								
	精神・神経	痙性四肢麻痺: [なし ・ あり]		精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]						
		移動障害: [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]								
眼	眼瞼外反: [なし ・ あり]									
	眼症状 (その他): ()									
耳鼻咽喉	聴力障害: [なし ・ あり]									
	耳介変形: [なし ・ あり]									
その他	口唇の突出開口: [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)		顕粒変性: [なし ・ あり]					
	著明な過角化: [なし ・ あり]		著明な皮膚肥厚: [なし ・ あり]							
	電顕による観察: [未実施 ・ 実施]		ケラトヒアリン顆粒の異常: [なし ・ あり]		トノフィラメントの凝集: [なし ・ あり]					
	辺縁帯 (周辺帯) の菲薄化: [なし ・ あり]		層板顆粒の異常: [なし ・ あり]							
	所見 (その他): ()									
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										
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]									
	患児との続柄: ()									
	詳細: ()									
既往歴	新生児集中治療室の利用: [なし ・ あり]									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載										
治療必要性	在宅処置の必要性: [なし ・ あり]		創傷被覆材の使用の必要性: [なし ・ あり]		ビタミンA誘導体の内服の必要性: [なし ・ あり]					
皮膚治療	在宅処置: [なし ・ あり]		創傷被覆材の使用: [なし ・ あり]		ビタミンA誘導体の内服: [なし ・ あり]					
治療	治療 (その他): ()									

告示番号	7	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〉	2/2
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