

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		☐ 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)				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) 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（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] 掌跖角化：[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) 著明な過角化：[なし ・ あり] 著明な皮膚肥厚：[なし ・ あり] 顆粒变性：[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）：()											

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		（			

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