

告示番号 **9** 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) **1/3**

病名	<b>5 ネザートン (Netherton) 症候群</b>			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)		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)	
		年 月 日	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 (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 )					
診断	診断の根拠：生後間もなく発症する、体表の広範囲にわたる鱗屑、角質増殖、皮膚乾燥：[ なし ・ 全身性 ・ 片側性または限局性 ] 片側性または限局性の場合の部位：( ) 尋常性魚鱗癬、X連鎖鎖性魚鱗癬の単独例、表皮水疱症、ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群、掌蹼角化症、線状表皮母斑等の除外：[ できない ・ できる ]					
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 ]		掌蹼角化：[ 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)：( )			
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
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 ]		掌蹼角化：[ 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 (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 )	顆粒変性: [ 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 ]	
病理検査	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): ( )		
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 )	顆粒変性: [ 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 ]	
病理検査	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 ( )		

・ 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