

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 (継続申請用) **1/2**

| | | | | | | |
|------------------------|---|---|-----------------------------|--|--|-------------------|
| 病名 | 5 ネザートン (Netherton) 症候群 | | | 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) | |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | BMI | % |
| 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] | | |
| | | 全身性もしくは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) | | 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] | | | |
| | 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 |