

告示番号 **6** 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	6 シェーグレン・ラルソン (Sjögren-Larsson) 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)		BMI
		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	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): ( )									
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