

|                                         |                                             |                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |                                             | 15                                                                                                                                       |  | 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                                      |                                             | 8 表皮水疱症                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |                                             | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |                                             | 身長<br>(測定日)                                                                                                                              |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 病型                                      |                                             | 病型分類 (表皮水疱症): [ 単純型 ・ 接合部型 ・ 栄養障害型 ・ 未確定 ]                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 単純型の場合: [ 優性単純型 ・ 筋ジストロフィー合併型 ・ その他 ]                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 接合部型の場合: [ ヘルリッツ型 ・ 非ヘルリッツ型 ・ 幽門閉鎖合併型 ・ その他 ]                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 栄養障害型の場合: [ 優性型 ・ 劣性重症汎発型 ・ その他 ]                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | その他の型の場合: ( )                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 診断の根拠                                   |                                             | 軽微な機械的刺激により皮膚 (ときに粘膜) に容易に生ずる水疱: [ なし ・ あり ]<br>出生時から乳幼児期の発症かつ症状の持続: [ なし ・ あり ]<br>薬剤、感染、光線過敏、自己免疫、亜鉛欠乏、魚鱗癬様紅皮症による水疱を除外: [ できない ・ できる ] |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      | 皮膚・粘膜                                       | 皮膚掻痒: [ なし ・ あり ]<br>程度: [ 時にむずむずするが掻かなくても我慢できる ・ 時に手がゆき軽く掻く程度 ・ かなり痒く人前でも掻く ・ いてもたってもいられない痒み ]                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 皮膚の水疱の新生: [ なし ・ 1ヶ月に数個以下 ・ 1週間に数個 ・ 連日新生 ]<br>粘膜の水疱の新生: [ なし ・ 1ヶ月に数個以下 ・ 1週間に数個 ・ 連日新生 ]                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 掌蹠角化: [ なし ・ あり ] 範囲: [ 部分的 ・ 広範囲 ・ 全体 ]                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 脱毛: [ なし ・ あり ] 範囲: [ 部分的 ・ 広範囲 ・ 全体 ]                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 瘢痕形成: [ なし ・ 萎縮性瘢痕 ・ 肥厚性瘢痕 ・ 関節拘縮を伴う ] 稗粒腫形成: [ なし ・ あり ]                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 爪変形・脱落: [ なし ・ 10指趾未滿 ・ 10指趾以上 ・ 全指趾 ]                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 全身                                          | 栄養障害: [ なし ・ あり ] 哺乳力低下: [ なし ・ あり ]                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 消化器                                         | 食道狭窄: [ なし ・ あり ] 程度: [ 軽度嚥下障害 ・ 固形物摂取困難 ・ 水分摂取困難 ]                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 筋・骨格                                        | 関節拘縮: [ なし ・ あり ] 指 (趾) 間癒着: [ なし ・ PIPまで ・ DIPまで ・ 棍棒状 ]                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 精神・神経                                       | 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 ]                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| その他                                     | 歯牙形成不全: [ なし ・ あり ] 程度: [ 数本 ・ 半分以上 ・ すべて ] |                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 有棘細胞癌: [ なし ・ あり ]<br>症状 (その他): ( )         |                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |                                             |                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 病型                                      |                                             | 病型分類 (表皮水疱症): [ 単純型 ・ 接合部型 ・ 栄養障害型 ・ 未確定 ]                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 単純型の場合: [ 優性単純型 ・ 筋ジストロフィー合併型 ・ その他 ]                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 接合部型の場合: [ ヘルリッツ型 ・ 非ヘルリッツ型 ・ 幽門閉鎖合併型 ・ その他 ]                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 栄養障害型の場合: [ 優性型 ・ 劣性重症汎発型 ・ その他 ]                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | その他の型の場合: ( )                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      | 皮膚・粘膜                                       | 皮膚掻痒: [ なし ・ あり ]<br>程度: [ 時にむずむずするが掻かなくても我慢できる ・ 時に手がゆき軽く掻く程度 ・ かなり痒く人前でも掻く ・ いてもたってもいられない痒み ]                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |                                             | 皮膚の水疱の新生: [ なし ・ 1ヶ月に数個以下 ・ 1週間に数個 ・ 連日新生 ]<br>粘膜の水疱の新生: [ なし ・ 1ヶ月に数個以下 ・ 1週間に数個 ・ 連日新生 ]                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |



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 | ( |   | ) |

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |

## 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 ( ) 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 ]

保險情報

保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )

被保險者番号 ( ) 被保險者個人單位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日