

告示番号		14		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	8 表皮水疱症							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	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 )												
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: [ ヘルリツツ型 ・ 非ヘルリツツ型 ・ 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	皮膚掻痒: [ なし ・ あり ] 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 ] 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 ]												
	癬痕形成: [ なし ・ 萎縮性癬痕 ・ 肥厚性癬痕 ・ 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 ] 症状 (その他): ( )												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL		血清アルブミン: ( )g/dL		血清クレアチニン: ( )mg/dL								
尿検査	尿蛋白 (定性): [ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ]												
病理検査	皮膚生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )												
	電顕による観察: [ 未実施 ・ 実施 ] 水疱部: 病理学的水疱形成部位: [ 表皮内 ・ 接合部 ・ 真皮内 ・ 不明 ] 非水疱部: トノフィラメントの凝集: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 非水疱部: ヘミデスモゾームの低形成: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 非水疱部: 留線維の減少: [ なし ・ あり ・ 不明 ]												
	凍結切片の蛍光抗体法による基底膜抗原局在検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 水疱形成部位: [ 表皮内 ・ 接合部 ・ 真皮内 ・ 不明 ] 基底膜蛋白発現: [ 正常 ・ 異常 ] 所見 (その他): ( )												

告示番号 14 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)		2/2
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	幽門狭窄症: [ なし ・ あり ] 筋ジストロフィー: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )	
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 患児との続柄: ( ) 詳細: ( )	
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 ]	
皮膚治療	在宅処置: [ なし ・ あり ] 創傷被覆材の使用: [ なし ・ あり ] 創傷被覆材の使用 (現在): [ なし ・ あり ] 使用被覆材名: ( ) 平均的使用量 [ 平方センチ/月]: ( )	
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