

告示番号		12		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)		1/2	
病名	9 膿疱性乾癬 (汎発型)							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)			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)												
診断の根拠	Kogoj の海綿状膿疱: [なし ・ あり] 表皮肥厚: [なし ・ あり] 不全角化: [なし ・ あり] 尋常性乾癬の既往: [なし ・ あり]												
症状	皮膚・粘膜	粘膜疹: [なし ・ あり] 膿海: [なし ・ あり] 紅斑: [なし ・ 体表面積の25%未満 ・ 体表面積の25%以上75%未満 ・ 体表面積の75%以上] 膿疱形成 (膿疱を伴う紅斑面積): [なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上]											
	全身	浮腫: [なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上] 本疾患と関連する発熱: [なし ・ 37℃以上38.5℃未満 ・ 38.5℃以上]											
	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	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	粘膜疹: [なし ・ あり]											
	全身	浮腫: [なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上] 本疾患と関連する発熱: [なし ・ 37℃以上38.5℃未満 ・ 38.5℃以上]											
	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	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													
血液検査	白血球数: ()/μL	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		赤沈 (1時間値): ()mm/h									
	CRP: ()mg/dL	血清総蛋白: ()g/dL		血清IgG: ()mg/dL									
	血清IgG: ()mg/dL	血清IgA: ()mg/dL		血清IgM: ()mg/dL									
	ASO (ASLO): ()倍	リウマトイド因子 (定性): [陰性 ・ 陽性]											
病理検査	皮膚生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		IL36RN遺伝子異常: [なし ・ あり]								
	詳細: ()												
	遺伝子異常 (その他): ()												
	遺伝子検査 (親): [未実施 ・ 実施 ・ 不明]		変異遺伝子名: ()										
	詳細: ()												
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													
血液検査	白血球数: ()/μL	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		赤沈 (1時間値): ()mm/h									
	CRP: ()mg/dL	血清総蛋白: ()g/dL		血清IgG: ()mg/dL									
	血清IgA: ()mg/dL	血清IgM: ()mg/dL		ASO (ASLO): ()倍									
	リウマトイド因子 (定性): [陰性 ・ 陽性]												

告示番号	12	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)	2/2
病理検査	皮膚生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日))	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		IL36RN遺伝子異常: [なし ・ あり]	
	詳細: ()		遺伝子異常 (その他): ()			
検査所見 (その他)	遺伝子検査 (親): [未実施 ・ 実施 ・ 不明]		変異遺伝子名: ())	
	詳細: ()					
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: ()			
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	ビタミンA誘導体の内服の必要性: [なし ・ あり]					
皮膚治療	ビタミンA誘導体の内服: [なし ・ あり]		生物学的製剤の使用: [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