

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 (継続申請用)		1/2	
病名	9 膿疱性乾癬 (汎発型)							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 )												
症状	皮膚・粘膜	粘膜炎: [ 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 (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 <sup>4</sup> /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 ]											
病理検査	皮膚生検: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )										
	所見: ( )												
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): ( )												
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 ( )												

<b>告示番号</b>	<b>12</b>	<b>皮膚疾患群</b>	( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	<b>2/2</b>
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