

告示番号 **3** 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	10 色素性乾皮症			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		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	光線過敏症: [なし ・ あり]		露光部に限局した特徴的な色素斑: [なし ・ あり]			
	精神・神経	末梢神経障害 (深部腱反射の低下): [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	眼症状: [なし ・ あり]					
	耳鼻咽喉	感音性難聴: [なし ・ あり]					
その他	露光部の皮膚がんの発生: [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	最少紅斑量の測定: [未実施 ・ 実施] 所見: ()						
	不定期DNA合成能測定: [未実施 ・ 実施] 所見: ()						
	紫外線致死性感受性テスト: [未実施 ・ 実施]			紫外線感受性致死テストのカフェイン存在下での感受性増強: [未実施 ・ なし ・ あり]			
所見 (その他): ()							
生理機能検査	聴覚検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 感音性難聴: [なし ・ あり]						
	聴性脳幹反応 (ABR) 検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 聴性脳幹反応でのI, II波の異常: [なし ・ あり]						
	神経伝導検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 末梢神経障害 (末梢神経伝達速度での軸索障害): [なし ・ あり]						
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()						
	遺伝的相補性群試験: [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: ()						
経過 (申請時) ※直近の状況を記載							
リハビリテーション	補装具の使用: [なし ・ あり]		理学療法: [未実施 ・ 実施]				
治療必要性	サンスクリーン以外の遮光対策の必要性: [なし ・ あり]			尖足予防のための装具装着の指導の必要性: [なし ・ あり]			
	関節拘縮予防と改善のためのリハビリの必要性: [なし ・ あり]			神経機能の評価の為に検査の必要性: [なし ・ あり]			
皮膚治療	皮膚がんの治療: [なし ・ あり]		サンスクリーン以外の遮光対策: [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
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