

告示番号		13		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	12 肥厚性皮膚骨膜炎							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)												
症状	皮膚・粘膜	皮膚肥厚: [なし ・ あり]		頭部脳回転状皮膚: [なし ・ あり]		多汗症: [なし ・ あり]							
	皮膚症状 (その他): ()												
	全身	リンパ浮腫: [なし ・ あり]											
	消化器	非特異性多発性小腸潰瘍: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚: [なし ・ あり]											
		関節症状: [なし ・ あり]		所見: ()									
眼	眼瞼下垂: [なし ・ あり]												
その他	ばち指: [なし ・ あり]		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	皮膚肥厚: [なし ・ あり]		頭部脳回転状皮膚: [なし ・ あり]		多汗症: [なし ・ あり]							
	皮膚症状 (その他): ()												
	全身	リンパ浮腫: [なし ・ あり]											
	消化器	非特異性多発性小腸潰瘍: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚: [なし ・ あり]											
		関節症状: [なし ・ あり]		所見: ()									
眼	眼瞼下垂: [なし ・ あり]												
その他	ばち指: [なし ・ あり]		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													
病理検査	皮膚生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		真皮浮腫: [なし ・ あり]		真皮ムチン沈着: [なし ・ あり]		脂腺増生: [なし ・ あり]				
	線維化: [なし ・ あり]		弾力線維の変性: [なし ・ あり]		所見 (その他): ()								
画像検査	単純X線検査 (長管骨): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		頭部脳回転状皮膚像: [なし ・ あり]								
所見 (その他): ()													
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): ()												

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
病理検査	皮膚生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 真皮浮腫: [なし ・ あり] 真皮ムチン沈着: [なし ・ あり] 脂腺増生: [なし ・ あり] 線維化: [なし ・ あり] 弾力線維の変性: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()
画像検査	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 頭部脳回転状皮膚像: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()
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	
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	
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [なし ・ あり] COX2阻害薬: [なし ・ あり] 使用薬剤名: () 薬物療法 (その他): ()
治療	多汗症に対する治療: ()
	皮膚肥厚に対する治療: ()
	眼瞼下垂に対する治療: ()
	関節症状に対する治療: ()
	リンパ浮腫に対する治療: ()
	多発性小腸潰瘍に対する治療: ()
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