

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 (継続申請用)		1/2	
病名	12 肥厚性皮膚骨膜炎			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	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]	
	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]					
	眼	眼瞼下垂: [なし ・ あり]					
	その他	ばち指: [なし ・ あり]					
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)		脂腺増生: [なし ・ あり]		
	真皮浮腫: [なし ・ あり]		真皮ムチン沈着: [なし ・ あり]		弾力線維の変性: [なし ・ あり]		
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]		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)				
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: ()							

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