

告示番号		15		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	13 無汗性外胚葉形成不全							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	生下時よりの無汗 (低汗): [なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重症]					疎毛: [なし ・ あり]		眼周囲の色素沈着や醜瘻: [なし ・ あり]				
	耳鼻咽喉	鞍鼻: [なし ・ あり]											
	その他	厚く外反の口唇: [なし ・ あり]		歯牙の低形成: [なし ・ あり]			歯牙異常: [なし ・ あり]						
	突出した額・下顎: [なし ・ あり]		耳介低位: [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	生下時よりの無汗 (低汗): [なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重症]					疎毛: [なし ・ あり]		眼周囲の色素沈着や醜瘻: [なし ・ あり]				
	耳鼻咽喉	鞍鼻: [なし ・ あり]											
	その他	厚く外反の口唇: [なし ・ あり]		歯牙の低形成: [なし ・ あり]			歯牙症状 (その他): [なし ・ あり]						
	突出した額・下顎: [なし ・ あり]		耳介低位: [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)											
	組織学的所見: ()												
	電子顕微鏡所見: ()												
生理機能検査	温熱発汗試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)					無 (低) 汗部の面積: ()%						
	サーモグラフィ検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)					高体温領域: ()%						
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): ()												
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)											
	組織学的所見: ()												
	電子顕微鏡所見: ()												
生理機能検査	温熱発汗試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)					無 (低) 汗部の面積: ()%						
	サーモグラフィ検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)					高体温領域: ()%						
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

皮膚治療	無 (低) 汗症の対策: [なし ・ あり]	ドライスキン対策: [なし ・ あり]
治療	歯牙異常対策: [なし ・ あり] 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