

告示番号		4		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	14 スティーヴンス・ジョンソン (Stevens-Johnson) 症候群 (中毒性表皮壊死症を含む。)					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)						
後遺症	皮膚・粘膜	脱毛: [なし ・ あり]		爪発育不良: [なし ・ あり]		皮膚色素脱失: [なし ・ あり]	
	皮膚・粘膜	皮膚瘻痕: [なし ・ あり]		粘膜面の潰瘍化: [なし ・ あり]		包莖: [なし ・ あり]	
	皮膚・粘膜	口腔/食道/気管粘膜潰瘍: [なし ・ あり]		陰唇癒着: [なし ・ あり]			
	眼	眼瞼癒着: [なし ・ あり]		眼瞼内反: [なし ・ あり]		睫毛乱生: [なし ・ あり]	
眼	兔眼: [なし ・ あり]		角膜潰瘍: [なし ・ あり]		失明: [なし ・ あり]		
内分泌・代謝	腓外分泌障害: [なし ・ あり]						
その他	後遺症 (その他): ()						
症状	全身	発熱 (38℃以上): [なし ・ あり]		全身倦怠感: [なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	多形紅斑: [なし ・ あり]		非典型ターゲット状多形紅斑: [なし ・ あり]		潰瘍: [なし ・ あり]	
		外陰部びらん: [なし ・ あり]		口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん: [なし ・ あり]		鼻腔内びらん: [なし ・ あり]	
		びらん: [なし ・ あり]		口腔にのみ血痂、出血を伴うびらん: [なし ・ あり]		全身の水疱: [なし ・ あり]	
	皮膚・粘膜	皮膚・粘膜移行部の重篤な病変: [なし ・ あり]		表皮の剥脱: [なし ・ あり]			
	皮膚・粘膜	皮膚・粘膜症状 (その他): ()					
	眼	眼脂: [なし ・ あり]		結膜充血: [なし ・ あり]		両眼の急性結膜炎に伴う偽膜形成: [なし ・ あり]	
眼	両眼の急性結膜炎に伴う角膜上皮欠損: [なし ・ あり]		眼瞼腫脹: [なし ・ あり]		眼症状 (その他): ()		
耳鼻咽喉	咽頭痛: [なし ・ あり]						
腎・泌尿器	排尿時痛: [なし ・ あり]						
消化器	排便時痛: [なし ・ あり]						
その他	症状 (その他): ()						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
日常生活	日常生活の状態: [正常 ・ やや不自由であるが独力で可能 ・ 制限があり部分介助 ・ 全面介助]						
後遺症	皮膚・粘膜	脱毛: [なし ・ あり]		爪発育不良: [なし ・ あり]		皮膚色素脱失: [なし ・ あり]	
	皮膚・粘膜	皮膚過剰色素沈着: [なし ・ あり]		皮膚瘻痕: [なし ・ あり]		粘膜面の潰瘍化: [なし ・ あり]	
	皮膚・粘膜	包莖: [なし ・ あり]		陰唇癒着: [なし ・ あり]		口腔/食道/気管粘膜潰瘍: [なし ・ あり]	
	眼	眼瞼癒着: [なし ・ あり]		眼瞼内反: [なし ・ あり]		睫毛乱生: [なし ・ あり]	
眼	乾燥性角結膜炎: [なし ・ あり]		兔眼: [なし ・ あり]		角膜潰瘍: [なし ・ あり]		
眼	失明: [なし ・ あり]						
内分泌・代謝	腓外分泌障害: [なし ・ あり]						
その他	後遺症 (その他): ()						

告示番号 **4** 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) **2/3**

症状	全身	発熱 (38℃以上) : [なし ・ あり]	全身倦怠感 : [なし ・ あり]
	筋・骨格	関節痛 : [なし ・ あり]	
	皮膚・粘膜	多形紅斑 : [なし ・ あり] 外陰部びらん : [なし ・ あり] 口唇・口腔内に血痂、出血を伴わないびらん : [なし ・ あり] びらん : [なし ・ あり] 皮膚粘膜移行部の重篤な病変 : [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他) : ()	非典型ターゲット状多形紅斑 : [なし ・ あり] 口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん : [なし ・ あり] 口唇にのみ血痂、出血を伴うびらん : [なし ・ あり] 表皮の剥脱 : [なし ・ あり]
	眼	眼脂 : [なし ・ あり] 両眼の急性結膜炎に伴う角膜上皮欠損 : [なし ・ あり] 眼症状 (その他) : ()	結膜充血 : [なし ・ あり] 眼瞼腫脹 : [なし ・ あり] 両眼の急性結膜炎に伴う偽膜形成 : [なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	咽頭痛 : [なし ・ あり]	
	腎・泌尿器	排尿時痛 : [なし ・ あり]	
	消化器	排便時痛 : [なし ・ あり]	
	その他	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

血液検査	白血球数 : () / μ L 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L BUN : () mg/dL	ヘモグロビン (Hb) : () g/dL AST : () U/L 血清クレアチニン : () mg/dL	ヘマトクリット (Ht) : () % ALT : () U/L 赤沈 (1時間値) : () mm/h	LDH : () U/L CRP : () mg/dL
リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験 : PHA反応 : [未実施 ・ 実施] PHA反応 (測定値) : () cpm	PHA反応 (検査方法) : () PHA反応 (基準値) : () cpm	SI (Stimulation index) : ()	リンパ球機能検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()
病理検査	生検 : [未実施 ・ 実施] 部位 : () 所見 (その他) : ()	実施日 : (年 月 日)	病理学的な表皮の壊死性変化 : [なし ・ あり]	

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数 : () / μ L 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L BUN : () mg/dL	ヘモグロビン (Hb) : () g/dL AST : () U/L 血清クレアチニン : () mg/dL	ヘマトクリット (Ht) : () % ALT : () U/L 赤沈 (1時間値) : () mm/h	LDH : () U/L CRP : () mg/dL
リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験 : PHA反応 : [未実施 ・ 実施] PHA反応 (測定値) : () cpm	PHA反応 (検査方法) : () PHA反応 (基準値) : () cpm	SI (Stimulation index) : ()	リンパ球機能検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()
病理検査	生検 : [未実施 ・ 実施] 部位 : () 所見 (その他) : ()	実施日 : (年 月 日)	病理学的な表皮の壊死性変化 : [なし ・ あり]	

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 : ()
家族歴	本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 詳細 : ()

重症度分類	1	粘膜疹	眼病変	上皮の偽膜形成	[なし ・ あり]	1点
				上皮びらん	[なし ・ あり]	1点
				結膜充血	[なし ・ あり]	1点
				慢性期の後遺症としての視力障害	[なし ・ あり]	1点
				慢性期の後遺症としてのドライアイ	[なし ・ あり]	1点
			口唇・口腔内病変	口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん	[なし ・ あり]	1点
				口唇の血痂、出血を伴うびらん	[なし ・ あり]	1点
				広範囲に血痂、出血を伴わないびらん	[なし ・ あり]	1点
			陰部病変	陰部びらん	[なし ・ あり]	1点
		2	皮膚の水疱、びらん	30%以上	[なし ・ あり]	3点
			10~30%	[なし ・ あり]	2点	
			10%未満	[なし ・ あり]	1点	
	3	38℃以上の発熱		[なし ・ あり]	1点	
	4	呼吸器障害		[なし ・ あり]	1点	
	5	表皮の全層性壊死性変化		[なし ・ あり]	1点	
	6	肝機能障害 (ALT > 100 IU/L)		[なし ・ あり]	1点	
				合計 () 点		
		※ 眼表面 (角膜・結膜) の上皮欠損 (びらん)、あるいは偽膜形成が高度		[なし ・ あり]		
		※ 本症に起因する呼吸障害		[なし ・ あり]		
		※ びまん性紅斑進展型中毒性表皮壊死症の診断		[なし ・ あり]		

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] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 強心薬：[なし ・ あり]	ステロイド薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり]	免疫調整薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 免疫グロブリン療法：[なし ・ あり]
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施]	作業療法：[未実施 ・ 実施]	
血液浄化	血液浄化法：[未実施 ・ 実施] 詳細：()		
治療	後遺症のための継続的治療の必要性：[なし ・ あり] 詳細：()		
	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