

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 (継続申請用)		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"/> 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)						
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]	
		皮膚過剰色素沈着: [なし ・ あり]		皮膚癒痕: [なし ・ あり]		粘膜面の潰瘍化: [なし ・ あり]	
		包茎: [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]	
	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]		
	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]	
		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]		口唇にのみ血痂、出血を伴うびらん: [なし ・ あり]	
		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]		全身の水疱: [なし ・ あり]	
		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]	
		両眼の急性結膜炎に伴う角結膜上皮欠損: [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): ()						
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
血液検査	白血球数: ()/μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL	ヘマトクリット (Ht): ()%				
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	AST: ()U/L	ALT: ()U/L	LDH: ()U/L			
	BUN: ()mg/dL	血清クレアチニン: ()mg/dL	赤沈 (1時間値): ()mm/h	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 (検査方法): ()					
	PHA反応 (測定値): ()cpm	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: ()						

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 (継続申請用) **2/3**

病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 病理学的な表皮の壊死性変化: [なし ・ あり] 部位: () 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: ()
-----	-----------------------------

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

重症度分類	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>粘膜疹</td> <td>眼病変</td> <td>上皮の偽膜形成</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>上皮びらん</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>結膜充血</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>慢性期の後遺症としての視力障害</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>慢性期の後遺症としてのドライアイ</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>口唇・口腔内病変</td> <td>口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>口唇の血痂、出血を伴うびらん</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>広範囲に血痂、出血を伴わないびらん</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>陰部病変</td> <td>陰部びらん</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>皮膚の水疱、びらん</td> <td></td> <td>30%以上</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>3点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>10~30%</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>2点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>10%未満</td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>38℃以上の発熱</td> <td></td> <td></td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>呼吸器障害</td> <td></td> <td></td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>表皮の全層性壊死性変化</td> <td></td> <td></td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>肝機能障害 (ALT > 100 IU/L)</td> <td></td> <td></td> <td>[なし ・ あり]</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td>合計 () 点</td> </tr> </table>	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
	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] ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫調整薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 生物学的製剤: [なし ・ あり] 抗凝固薬: [なし ・ あり] 強心薬: [なし ・ あり] 利尿薬: [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