

告示番号	2	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	15 限局性強皮症				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)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%
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)					
病型	病型分類 (限局性強皮症) : [Circumscribed morphea ・ Linear scleroderma ・ Generalized morphea ・ Pansclerotic morphea ・ Mixed morphea]					
症状	皮膚・粘膜	色素沈着 : [なし ・ あり] 色素脱失 : [なし ・ あり] 皮膚陥凹 : [なし ・ あり] 脱毛 : [なし ・ あり]				
		病変部位 : 頭頸部 : [なし ・ あり] 頭頸部 : 皮疹数 : ()				
		右上肢 : [なし ・ あり]	右上肢 : 皮疹数 : ()	左上肢 : [なし ・ あり]	左上肢 : 皮疹数 : ()	
		右下肢 : [なし ・ あり]	右下肢 : 皮疹数 : ()	左下肢 : [なし ・ あり]	左下肢 : 皮疹数 : ()	
	体幹前面 : [なし ・ あり]		体幹前面 : 皮疹数 : ()	体幹後面 : [なし ・ あり] 体幹後面 : 皮疹数 : ()		
	筋・骨格	患部の萎縮・変形 : [なし ・ あり] 関節拘縮 : [なし ・ あり] 運動障害 : [なし ・ あり] 関節痛 : [なし ・ あり]				
	全身	成長障害 : [なし ・ あり]				
	呼吸器・循環器	脳血管障害 : [なし ・ あり]				
精神・神経	中枢神経症状 : [なし ・ あり]					
眼	眼症状 : [なし ・ あり]					
その他	顔面の陥凹・変形 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
病型	病型分類 (限局性強皮症) : [Circumscribed morphea ・ Linear scleroderma ・ Generalized morphea ・ Pansclerotic morphea ・ Mixed morphea]					
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]					
症状	皮膚・粘膜	皮疹の性状・部位 : ()				
	筋・骨格	障害の種類・程度 : 頭頸部 : ()				
		障害の種類・程度 : 四肢 : ()				
	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	抗核抗体 : () 倍 ・ 未実施		抗ssDNA抗体 : () IU/mL ・ 未実施	リウマトイド因子 (定量) : () IU/mL ・ 未実施		
画像検査	超音波検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)					
	部位 : ()					
	所見 : ()					
CTまたはMRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)						
部位 : ()						
所見 : ()						
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)						
検査名 : ()						
部位 : ()						
所見 : ()						

告示番号 **2** 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) **2/2**

病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		部位：()	膠原線維の膨化増生の所見：[なし ・ あり]
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			
血液検査	抗核抗体：()倍・未実施	抗ssDNA抗体：()U/mL・未実施	リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施	
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			
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：()			
経過 (申請時)	※直近の状況を記載			
皮膚治療	ステロイド外用薬：[なし ・ あり]	タクロリムス外用薬：[なし ・ あり]	光線療法：[なし ・ あり]	皮膚治療 (その他)：()
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり]	免疫抑制薬：[なし ・ あり]	抗てんかん薬：[なし ・ あり]	薬物療法 (その他)：()
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施]			
手術	外科的治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()			
治療	合併症・後遺症 (皮疹のみを除く) 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