

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		15 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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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] 皮膚過剰色素沈着: [なし ・ あり] 包茎: [なし ・ あり]				爪発育不良: [なし ・ あり] 皮膚癒痕: [なし ・ あり] 陰唇癒着: [なし ・ あり]				皮膚色素脱失: [なし ・ あり] 粘膜面の潰瘍化: [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] 乾燥性角結膜炎: [なし ・ あり] 失明: [なし ・ あり]				眼瞼内反: [なし ・ あり] 兔眼: [なし ・ あり]				睫毛乱生: [なし ・ あり] 角膜潰瘍: [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] 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]				潰瘍: [なし ・ あり] 鼻腔内びらん: [なし ・ あり] 全身の水疱: [なし ・ あり]			
	眼	眼脂: [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 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		白血球数: ()/μL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 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: ()											

