

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		16 限局性強皮症							受付種別		☐ 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) 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 : ()U/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 : ()											

