

告示番号 1		皮膚疾患		平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	
受給者番号 ()		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	1 眼皮膚白皮症 (先天性白皮症)	細分類病名	1 眼皮膚白皮症 (先天性白皮症)		
1. 臨床所見					
現在の症状	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載				
	皮膚所見等	生下時よりの全身の白色皮膚 (なし ・ あり)	白色から茶褐色までの頭髮 (なし ・ あり)		
眼所見	虹彩色素の低下 (なし ・ あり)	眼振 (なし ・ あり)			
	その他の眼科的異常 (なし ・ あり → 詳細:)				
聴覚障害 (なし ・ あり)					
免疫異常 (なし ・ あり)					
神経症状 (なし ・ あり)					
精神発達遅滞 (なし ・ あり)					
家族内同症 (なし ・ あり → 患児との続柄:)					
その他の特記すべき症状 (なし ・ あり → 所見:)					
2. 検査所見					
診断の根拠等となった	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載				
	眼底検査 (未実施 ・ 実施 → 所見:)				
遺伝子診断 (未実施 ・ 実施 → 所見:)					
その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 検査名 ())					
視力検査	裸眼	右 () 左 ()			
	矯正後	右 () 左 ()			
3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)				
4. 経過					
現在の治療	紫外線対策 (なし ・ あり)				
過去の主な治療・検査など					
5. 今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	(月 回)	
上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医師名		
			科 印		
医療機関名 および 所在地					
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 3 皮膚疾患 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 ()		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)	
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県※1		出生体重 g	出生週数 在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2 kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	2 先天性魚鱗癬	細分類病名	2 ケラチン症性魚鱗癬 (表皮融解性魚鱗癬 (優性/劣性) 及び表在性表皮融解性魚鱗癬を含む。)

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載

皮膚の水疱、びらん	(なし ・ あり)	全身あるいは一部の皮膚の潮紅	(なし ・ あり)
全身性とくに関節部位の厚い鱗屑	(なし ・ あり)	掌蹠角化	(なし ・ あり)
眼瞼外反	(なし ・ あり)	口唇の突出開口	(なし ・ あり)
耳介変形	(なし ・ あり)	毛髪異常	(なし ・ あり)
痙性四肢麻痺	(なし ・ あり)	成長障害	(なし ・ あり)
精神発達遅延	(なし ・ あり)	眼科的異常	(なし ・ あり)
聴覚障害	(なし ・ あり)	肝機能障害	(なし ・ あり)
うつ熱などの体温調節障害	(なし ・ あり)	栄養障害	(なし ・ あり)
関節拘縮	(なし ・ あり)	アトピー性皮膚炎様皮疹	(なし ・ あり)

抗菌薬、抗ウイルス薬、抗真菌薬等の投与が必要となる皮膚の二次感染 (なし ・ あり)

運動機能 (寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる)

家族内同症 (なし ・ あり → 患児との続柄 :)

新生児集中治療室の利用 (なし ・ あり)

診断の根拠となった症状

生後まもなく発症する、体表の広範囲にわたる鱗屑、角質増殖、皮膚乾燥 (なし ・ あり※)

※ありの場合 → (全身性 ・ 片側性または限局性 → 部位 :)

尋常性魚鱗癬、X連鎖劣性魚鱗癬の単独例、表皮水疱症、ドウ球菌性熱傷様皮膚候群、掌蹠角化症、線状表皮母斑等の除外 (できない ・ できる)

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載)

組織検査

皮膚生検 (未実施 ・ 実施※)

※実施の場合 → 著明な過角化 (なし ・ あり) 著明な皮膚肥厚 (なし ・ あり) 顆粒変性 (なし ・ あり)

電顕による観察 (未実施 ・ 実施※)

※実施の場合 → ケラトヒアリン顆粒の異常 (なし ・ あり) トノフィラメントの凝集 (なし ・ あり)

辺縁帯 (周辺帯) の非薄化 (なし ・ あり) 層板顆粒の異常 (なし ・ あり)

その他の電顕所見 (なし ・ あり → 所見 :)

遺伝子診断 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)

生化学検査等その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)

3. その他の所見

合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

4. 経過

現在の治療

過去の主な治療・検査など

新生児集中治療室の利用の既往 (なし ・ あり)

5. 今後の療方針

在宅処置の必要性 (なし ・ あり) 創傷被覆材の使用の必要性 (なし ・ あり) ビタミンA誘導体の使用の必要性 (なし ・ あり)

就学・就労

1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部)

4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む)

7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()

現状評価

一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能

小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明

治療見込期間

入院 年 月 日から 年 月 日まで

通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	5	皮膚疾患	平成()年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	2 先天性魚鱗癬	細分類病名	3 常染色体劣性遺伝性魚鱗癬 (道化師様魚鱗癬を除く。)		
1.臨床所見					
現在の 症 状	該当するものに○をつけ、必要な場合には()内に記載				
	<p>皮膚の水疱、びらん (なし ・ あり) 全身あるいは一部の皮膚の潮紅 (なし ・ あり)</p> <p>全身性とくに関節部位の厚い鱗屑 (なし ・ あり) 掌蹠角化 (なし ・ あり)</p> <p>眼瞼外反 (なし ・ あり) 口唇の突出開口 (なし ・ あり)</p> <p>耳介変形 (なし ・ あり) 毛髪異常 (なし ・ あり)</p> <p>痙性四肢麻痺 (なし ・ あり) 成長障害 (なし ・ あり)</p> <p>精神発達遅延 (なし ・ あり) 眼科的異常 (なし ・ あり)</p> <p>聴覚障害 (なし ・ あり) 肝機能障害 (なし ・ あり)</p> <p>うつ熱などの体温調節障害 (なし ・ あり) 栄養障害 (なし ・ あり)</p> <p>関節拘縮 (なし ・ あり) アトピー性皮膚炎様皮疹 (なし ・ あり)</p> <p>抗菌薬、抗ウイルス薬、抗真菌薬等の投与が必要となる皮膚の二次感染 (なし ・ あり)</p> <p>運動機能 (寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる)</p> <p>家族内同症 (なし ・ あり → 患児との続柄:)</p> <p>新生児集中治療室の利用 (なし ・ あり)</p>				
診断の根拠となった症状					
生後まもなく発症する、体表の広範囲にわたる鱗屑、角質増殖、皮膚乾燥 (なし ・ あり※) ※ありの場合 → (全身性 ・ 片側性または限局性 → 部位:) 尋常性魚鱗癬、X連鎖劣性魚鱗癬の単独例、表皮水疱症、ドウ球菌性熱傷様皮膚候群、掌蹠角化症、線状表皮母斑等の除外 (できない ・ できる)					
2.検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 結 果	該当するものに○をつけ、必要な場合には()内に記載 (数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載)				
	組織検査 皮膚生検 (未実施 ・ 実施※) ※実施の場合 → 著明な過角化 (なし ・ あり) 著明な皮膚肥厚 (なし ・ あり) 顆粒変性 (なし ・ あり) 電顕による観察 (未実施 ・ 実施※) ※実施の場合 → ケラトヒアリン顆粒の異常 (なし ・ あり) トノフィラメントの凝集 (なし ・ あり) 辺縁帯(周辺帯)の非薄化 (なし ・ あり) 層板顆粒の異常 (なし ・ あり) その他の電顕所見 (なし ・ あり → 所見:) 遺伝子診断 (未実施 ・ 実施 → 所見:) 生化学検査等その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 所見:)				
3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)				
4.経 過					
現在の 治療					
過去の主 な治療・ 検査など	新生児集中治療室の利用の既往 (なし ・ あり)				
5.今後の療法方針					
在宅処置の必要性 (なし ・ あり) 創傷被覆材の使用の必要性 (なし ・ あり) ビタミンA誘導体の使用の必要性 (なし ・ あり)					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	(月 回)	
上記の通り診断します。					
平成 年 月 日	医療機関名 および 所在地				科
	医師名				印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号		6		皮膚疾患		平成()年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	
受給者番号 ()				新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)			
患者	ふりがな 氏名			男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県※1		出生体重		g		出生週数	在胎 週
現在の身長※2		cm		現在の体重※2		kg	
発病		年 月 頃		初診日	年 月 日		
大分類病名		2 先天性魚鱗癬		細分類病名		4 道化師様魚鱗癬	
1. 臨床所見							
現在の 症状	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載						
	<p>皮膚の水疱、びらん (なし ・ あり) 全身あるいは一部の皮膚の潮紅 (なし ・ あり)</p> <p>全身性とくに関節部位の厚い鱗屑 (なし ・ あり) 掌蹠角化 (なし ・ あり)</p> <p>眼瞼外反 (なし ・ あり) 口唇の突出開口 (なし ・ あり)</p> <p>耳介変形 (なし ・ あり) 毛髪異常 (なし ・ あり)</p> <p>痙性四肢麻痺 (なし ・ あり) 成長障害 (なし ・ あり)</p> <p>精神発達遅延 (なし ・ あり) 眼科的異常 (なし ・ あり)</p> <p>聴覚障害 (なし ・ あり) 肝機能障害 (なし ・ あり)</p> <p>うつ熱などの体温調節障害 (なし ・ あり) 栄養障害 (なし ・ あり)</p> <p>関節拘縮 (なし ・ あり) アトピー性皮膚炎様皮疹 (なし ・ あり)</p> <p>抗菌薬、抗ウイルス薬、抗真菌薬等の投与が必要となる皮膚の二次感染 (なし ・ あり)</p> <p>運動機能 (寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる)</p> <p>家族内同症 (なし ・ あり → 患児との続柄 :)</p> <p>新生児集中治療室の利用 (なし ・ あり)</p>						
診断の根拠となった症状							
<p>生後まもなく発症する、体表の広範囲にわたる鱗屑、角質増殖、皮膚乾燥 (なし ・ あり※)</p> <p>※ありの場合 → (全身性 ・ 片側性または限局性 → 部位 :)</p> <p>尋常性魚鱗癬、X連鎖劣性魚鱗癬の単独例、表皮水疱症、ブドウ球菌性熱傷様膚候群、掌蹠角化症、線状表皮母斑等の除外 (できない ・ できる)</p>							
2. 検査所見							
主な 検査 の 根 拠 と な っ た 結 果	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載)						
	<p>組織検査</p> <p>皮膚生検 (未実施 ・ 実施※)</p> <p>※実施の場合 → 著明な過角化 (なし ・ あり) 著明な皮膚肥厚 (なし ・ あり) 顆粒変性 (なし ・ あり)</p> <p>電顕による観察 (未実施 ・ 実施※)</p> <p>※実施の場合 → ケラトヒアリン顆粒の異常 (なし ・ あり) トノフィラメントの凝集 (なし ・ あり)</p> <p>辺縁帯(周辺帯)の非薄化 (なし ・ あり) 層板顆粒の異常 (なし ・ あり)</p> <p>その他の電顕所見 (なし ・ あり → 所見 :)</p> <p>遺伝子診断 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</p> <p>生化学検査等その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</p>						
3. その他の所見							
その他の 現在の 所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)						
4. 経過							
現在の 治療							
過去の主 な治療・ 検査など	新生児集中治療室の利用の既往 (なし ・ あり)						
5. 今後の療の方針							
在宅処置の必要性 (なし ・ あり) 創傷被覆材の使用の必要性 (なし ・ あり) ビタミンA誘導体の使用の必要性 (なし ・ あり)							
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()						
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明						
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで					
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)					
上記の通り診断します。							
平成 年 月 日				医療機関名 および 所在地			
				科 印			
医師名							
小児慢性特定疾病指定医番号							

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 7 皮膚疾患 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 () 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)
患者 氏名 男 ・ 女 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ※1 出生体重 g 出生週数 在胎 週
現在の身長 ※2 cm 現在の体重 ※2 kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病 年 月 頃 初診日 年 月 日
大分類病名 2 先天性魚鱗癬 細分類病名 5 ネザートン (Netherton) 症候群

1.臨床所見
該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載
皮膚の水疱、びらん (なし ・ あり) 全身あるいは一部の皮膚の潮紅 (なし ・ あり)
全身性とくに関節部位の厚い鱗屑 (なし ・ あり) 掌蹠角化 (なし ・ あり)
眼瞼外反 (なし ・ あり) 口唇の突出開口 (なし ・ あり)
耳介変形 (なし ・ あり) 毛髪異常 (なし ・ あり)
瘻性四肢麻痺 (なし ・ あり) 成長障害 (なし ・ あり)
精神発達遅延 (なし ・ あり) 眼科的異常 (なし ・ あり)
聴覚障害 (なし ・ あり) 肝機能障害 (なし ・ あり)
うつ熱などの体温調節障害 (なし ・ あり) 栄養障害 (なし ・ あり)
関節拘縮 (なし ・ あり) アトピー性皮膚炎様皮疹 (なし ・ あり)
抗菌薬、抗ウイルス薬、抗真菌薬等の投与が必要となる皮膚の二次感染 (なし ・ あり)
運動機能 (寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる)
家族内同症 (なし ・ あり → 患児との続柄 :)
新生児集中治療室の利用 (なし ・ あり)
診断の根拠となった症状
生後まもなく発症する、体表の広範囲にわたる鱗屑、角質増殖、皮膚乾燥 (なし ・ あり※)
※ありの場合 → (全身性 ・ 片側性または限局性 → 部位 :)
尋常性魚鱗癬、X連鎖劣性魚鱗癬の単独例、表皮水疱症、ブドウ球菌性熱傷様皮膚候群、掌蹠角化症、線状表皮母斑等の除外 (できない ・ できる)

2.検査所見
該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載)
組織検査
皮膚生検 (未実施 ・ 実施※)
※実施の場合 → 著明な過角化 (なし ・ あり) 著明な皮膚肥厚 (なし ・ あり) 顆粒変性 (なし ・ あり)
電顕による観察 (未実施 ・ 実施※)
※実施の場合 → ケラトヒアリン顆粒の異常 (なし ・ あり) トノフィラメントの凝集 (なし ・ あり)
辺縁帯 (周辺帯) の非薄化 (なし ・ あり) 層板顆粒の異常 (なし ・ あり)
その他の電顕所見 (なし ・ あり → 所見 :)
遺伝子診断 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
生化学検査等その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)

3.その他の所見
合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

4.経過
現在の治療
過去の主な治療・検査など 新生児集中治療室の利用の既往 (なし ・ あり)

5.今後の療の方針
在宅処置の必要性 (なし ・ あり) 創傷被覆材の使用の必要性 (なし ・ あり) ビタミンA誘導体の使用の必要性 (なし ・ あり)

就学・就労 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部)
4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む)
7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価 一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能
小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間 入院 年 月 日から 年 月 日まで
通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。
医療機関名
および
所在地
平成 年 月 日 医師名
科 印
小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 4 皮膚疾患 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 ()		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)	
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県※1	出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	2 先天性魚鱗癬	細分類病名	6 シェーグレン・ラルソン (Sjögren-Larsson) 症候群

1. 臨床所見

現在の 症 状	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載
	<p>皮膚の水疱、びらん (なし ・ あり) 全身あるいは一部の皮膚の潮紅 (なし ・ あり)</p> <p>全身性とくに関節部位の厚い鱗屑 (なし ・ あり) 掌蹠角化 (なし ・ あり)</p> <p>眼瞼外反 (なし ・ あり) 口唇の突出開口 (なし ・ あり)</p> <p>耳介変形 (なし ・ あり) 毛髪異常 (なし ・ あり)</p> <p>痙性四肢麻痺 (なし ・ あり) 成長障害 (なし ・ あり)</p> <p>精神発達遅延 (なし ・ あり) 眼科的異常 (なし ・ あり)</p> <p>聴覚障害 (なし ・ あり) 肝機能障害 (なし ・ あり)</p> <p>うつ熱などの体温調節障害 (なし ・ あり) 栄養障害 (なし ・ あり)</p> <p>関節拘縮 (なし ・ あり) アトピー性皮膚炎様皮疹 (なし ・ あり)</p> <p>抗菌薬、抗ウイルス薬、抗真菌薬等の投与が必要となる皮膚の二次感染 (なし ・ あり)</p> <p>運動機能 (寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる)</p> <p>家族内同症 (なし ・ あり → 患児との続柄 :)</p> <p>新生児集中治療室の利用 (なし ・ あり)</p>
	<p>診断の根拠となった症状</p> <p>生後まもなく発症する、体表の広範囲にわたる鱗屑、角質増殖、皮膚乾燥 (なし ・ あり※)</p> <p>※ありの場合 → (全身性 ・ 片側性または限局性 → 部位 :)</p> <p>尋常性魚鱗癬、X連鎖劣性魚鱗癬の単独例、表皮水疱症、ドウ球菌性熱傷様皮膚候群、掌蹠角化症、線状表皮母斑等の除外 (できない ・ できる)</p>

2. 検査所見

診 断 の 根 拠 と な っ た 結 果	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載)
	<p>組織検査</p> <p>皮膚生検 (未実施 ・ 実施※)</p> <p>※実施の場合 → 著明な過角化 (なし ・ あり) 著明な皮膚肥厚 (なし ・ あり) 顆粒変性 (なし ・ あり)</p> <p>電顕による観察 (未実施 ・ 実施※)</p> <p>※実施の場合 → ケラトヒアリン顆粒の異常 (なし ・ あり) トノフィラメントの凝集 (なし ・ あり)</p> <p>辺縁帯 (周辺帯) の非薄化 (なし ・ あり) 層板顆粒の異常 (なし ・ あり)</p> <p>その他の電顕所見 (なし ・ あり → 所見 :)</p> <p>遺伝子診断 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</p> <p>生化学検査等その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</p>

3. その他の所見

その他の 現在の 所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)
---------------------	------------------------

4. 経 過

現在の 治療	
過去の主 な治療・ 検査など	新生児集中治療室の利用の既往 (なし ・ あり)

5. 今後の療法方針

在宅処置の必要性 (なし ・ あり) 創傷被覆材の使用の必要性 (なし ・ あり) ビタミンA誘導体の使用の必要性 (なし ・ あり)	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	8	皮膚疾患	平成()年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)				
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 ^{※1}	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	2 先天性魚鱗癬	細分類病名	7	2から6までに掲げるもののほか、先天性魚鱗癬	
		具体的な疾患名			

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

現在の 症状	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載
	<p>皮膚の水疱、びらん (なし ・ あり) 全身あるいは一部の皮膚の潮紅 (なし ・ あり)</p> <p>全身性とくに関節部位の厚い鱗屑 (なし ・ あり) 掌蹠角化 (なし ・ あり)</p> <p>眼瞼外反 (なし ・ あり) 口唇の突出開口 (なし ・ あり)</p> <p>耳介変形 (なし ・ あり) 毛髪異常 (なし ・ あり)</p> <p>痙攣性四肢麻痺 (なし ・ あり) 成長障害 (なし ・ あり)</p> <p>精神発達遅延 (なし ・ あり) 眼科的異常 (なし ・ あり)</p> <p>聴覚障害 (なし ・ あり) 肝機能障害 (なし ・ あり)</p> <p>うつ熱などの体温調節障害 (なし ・ あり) 栄養障害 (なし ・ あり)</p> <p>関節拘縮 (なし ・ あり) アトピー性皮膚炎様皮疹 (なし ・ あり)</p> <p>抗菌薬、抗ウイルス薬、抗真菌薬等の投与が必要となる皮膚の二次感染 (なし ・ あり)</p> <p>運動機能 (寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる)</p> <p>家族内同症 (なし ・ あり → 患児との続柄 :)</p> <p>新生児集中治療室の利用 (なし ・ あり)</p> <p>診断の根拠となった症状</p> <p>生後まもなく発症する、体表の広範囲にわたる鱗屑、角質増殖、皮膚乾燥 (なし ・ あり[※])</p> <p>※ありの場合 → (全身性 ・ 片側性または限局性 → 部位 :)</p> <p>尋常性魚鱗癬、X連鎖劣性魚鱗癬の単独例、表皮水疱症、ブドウ球菌性熱傷様皮膚候群、掌蹠角化症、線状表皮母斑等の除外 (できない ・ できる)</p>

2. 検査所見

主 な 診 断 の 根 拠 等 の 結 果	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載)
	<p>組織検査</p> <p>皮膚生検 (未実施 ・ 実施[※]) 著明な皮膚肥厚 (なし ・ あり) 顆粒変性 (なし ・ あり)</p> <p>※実施の場合 →</p> <p>電顕による観察 (未実施 ・ 実施[※]) トノフィラメントの凝集 (なし ・ あり)</p> <p>※実施の場合 → ケラトヒアリン顆粒の異常 (なし ・ あり) 辺縁帯 (周辺帯) の菲薄化 (なし ・ あり) 層板顆粒の異常 (なし ・ あり)</p> <p>その他の電顕所見 (なし ・ あり → 所見 :)</p> <p>遺伝子診断 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</p> <p>生化学検査等その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</p>

3. その他の所見

その他の 現在の 所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)
---------------------	------------------------

4. 経過

現在の 治療	
過去の主 な治療・ 検査など	新生児集中治療室の利用の既往 (なし ・ あり)

5. 今後の療方針

在宅処置の必要性 (なし ・ あり) 創傷被覆材の使用の必要性 (なし ・ あり) ビタミンA誘導体の使用の必要性 (なし ・ あり)	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

告示番号 10		皮膚疾患		平成()年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	
受給者番号()		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	3 表皮水疱症	細分類病名	8	表皮水疱症	
病型	以下から1つを選択 <input type="checkbox"/> 単純型 <input type="checkbox"/> 接合部型 <input type="checkbox"/> 栄養障害型 <input type="checkbox"/> 未確定				
1. 臨床所見					
現在の 症 状	該当するものに○をつけ、必要な場合には()内に記載				
	皮膚の水疱、びらん (なし ・ あり) 粘膜の水疱、びらん (なし ・ あり) 瘢痕形成 (なし ・ あり) 稗粒腫形成 (なし ・ あり) 指(趾)間癒着 (なし ・ あり) 掌蹼角化 (なし ・ あり) 脱毛 (なし ・ あり) 爪変形・爪脱落 (なし ・ あり) 歯牙形成不全 (なし ・ あり) 栄養障害 (なし ・ あり) 関節拘縮 (なし ・ あり) 食道狭窄 (なし ・ あり) 有棘細胞癌 (なし ・ あり) 運動機能 (寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる) 家族内同症 (なし ・ あり → 患児との続柄:)				
診 断 の 根 拠 と な っ た 結 果	診断の根拠となった症状				
	軽微な機械的刺激により皮膚(ときに粘膜)に容易に生ずる水疱 (なし ・ あり) 出生時から乳幼児期の発症かつ症状の持続 (なし ・ あり) 薬剤、感染、光線過敏、自己免疫、亜鉛欠乏、魚鱗様猩紅皮症による水疱を除外 (できない ・ できる)				
2. 検査所見					
主 な 診 断 の 根 拠 と な っ た 結 果	該当するものに○をつけ、必要な場合には()内に記載(数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載)				
	組織検査 皮膚生検 (未実施 ・ 実施 → 所見:) 電顕による観察 (未実施 ・ 実施 [※]) ※実施の場合 → 水疱部 病理学的水疱形成部位 (表皮内 ・ 接合部 ・ 真皮内 ・ 不明) 非水疱部 トノフィラメントの凝集 (なし ・ あり ・ 不明) ヘミデスモソームの低形成 (なし ・ あり ・ 不明) 係留線維の減少 (なし ・ あり ・ 不明) 凍結切片の蛍光抗体法による基底膜抗原局在検査 (未実施 ・ 実施 [※]) ※実施の場合 → 水疱形成部位 (表皮内 ・ 接合部 ・ 真皮内 ・ 不明) 基底膜蛋白発現 (正常 ・ 異常 → 所見:) 遺伝子診断 (未実施 ・ 実施 → 所見:)				
3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 (なし ・ あり → 幽門閉鎖症 ・ 筋ジストロフィー ・ その他 ())				
4. 経過					
現在の 治療	在宅処置 (なし ・ あり)				
過去の主 な治療・ 検査など	創傷被覆材の使用 (なし ・ あり → 商品名 ())、平均的使用量 () 平方センチ/月)				
5. 今後の療方針					
在宅処置の必要性 (なし ・ あり) 創傷被覆材の使用の必要性 (なし ・ あり)					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)			
上記の通り診断します。					
		医療機関名		科	
		および			
		所在地			
平成 年 月 日	医師名		印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 9		皮膚疾患		平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	
受給者番号 ()		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	4 膿疱性乾癬 (汎発型)	細分類病名	9	膿疱性乾癬 (汎発型)	
1. 臨床所見					
現在の 症状	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載				
	紅斑 (なし ・ 体表面積の25%未満 ・ 体表面積の25%以上75%未満 ・ 体表面積の75%以上) 膿疱形成* (なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上) *膿疱を伴う紅斑面積 浮腫 (なし ・ 体表面積の10%未満 ・ 体表面積の10%以上50%未満 ・ 体表面積の50%以上) 膿海 (なし ・ あり) 粘膜疹 (なし ・ あり) 本疾患と関連する発熱 (なし ・ 37℃以上38.5℃未満 ・ 38.5℃以上) 運動機能 (寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる)				
診 断 の 根 拠 と な っ た 結 果	診断の根拠となった症状				
	Kogoj の海綿状膿疱 (なし ・ あり) 表皮肥厚 (なし ・ あり) 不全角化 (なし ・ あり)				
2. 検査所見					
主 な 診 断 の 根 拠 と な っ た 結 果	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載)				
	皮膚生検 (未実施 ・ 実施 → 所見:) 白血球数 () / μ L 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL 血清蛋白 () g/dL 血清アルブミン () g/dL IgG () mg/dL IgA () mg/dL IgM () mg/dL ASO(ASLO) () 倍 RF (陰性 ・ 陽性) 遺伝子診断 (未実施 ・ 実施 → 所見:)				
3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)				
4. 経過					
現在の 治療					
過去の主 な治療・ 検査など	新生児集中治療室の利用の既往 (なし ・ あり)				
5. 今後の療法方針					
ビタミンA誘導体の使用の必要性 (なし ・ あり)					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日	から	年 月 日	まで
	通院	年 月 日	から	年 月 日	まで (月 回)
上記の通り診断します。					
平成 年 月 日	医療機関名 および 所在地				科
	医師名				印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 **2** 皮膚疾患 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 ()		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)	
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重 g	出生週数 在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2} kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	5 色素性乾皮症	細分類病名	10 色素性乾皮症
病型	以下から1つを選択 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> variant <input type="checkbox"/> 病型不明 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

現在の症状	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 光線過敏症 (なし ・ あり) 露光部に限局した特徴的な色素斑 (なし ・ あり) 皮膚がんの発生 (なし ・ あり) 眼科的異常 (なし ・ あり) 聴覚障害 (なし ・ あり) 精神運動発達遅延 (なし ・ あり) 運動機能 (寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる) その他の特記すべき症状 (なし ・ あり → 所見:)
-------	--

2. 検査所見

主な検査等の結果	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載) 遺伝子診断 (未実施 ・ 実施 → 所見:) 遺伝的相補性群試験 (未実施 ・ 実施 → 所見:) 最少紅斑量の測定 (未実施 ・ 実施 → 所見:) 不定期DNA合成能測定 (未実施 ・ 実施 → 所見:) 紫外線致死性感受性テスト (未実施 ・ 実施 → 所見:) 紫外線感受性致死テストのカフェイン存在下での感受性増強 (未実施 ・ なし ・ あり) 感音性難聴 (未実施 ・ なし ・ あり) 聴性脳幹反応での I, II波の異常 (未実施 ・ なし ・ あり) 末梢神経障害 深部腱反射の低下 (未実施 ・ なし ・ あり) 末梢神経伝達速度での軸索障害 (未実施 ・ なし ・ あり)
----------	--

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)
-------------	-----------------------

4. 経過

現在の治療	皮膚がんの治療 (なし ・ あり) サンスクリーン以外の遮光対策 (なし ・ あり) 神経機能の評価のための検査 (なし ・ あり) 尖足予防のための装具装着の指導 (なし ・ あり) 関節拘縮予防と改善のためのリハビリ (なし ・ あり)
過去の主な治療・検査など	

5. 今後の療の方針

今後の療の方針	サンスクリーン以外の遮光対策 (なし ・ あり) 尖足予防のための装具装着の指導 (なし ・ あり) 関節拘縮予防と改善のためのリハビリ (なし ・ あり)
---------	---

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
 および
 所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

告示番号 **11** **皮膚疾患** **平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書**

受給者番号 ()		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	6 レックリングハウゼン (Recklinghausen) 病 (神経線維腫症 I 型)	細分類病名	11	レックリングハウゼン (Recklinghausen) 病 (神経線維腫症 I 型)	

1. 臨床所見

現在の症状	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 身長・体重・頭囲測定日 () 年 月 日) 頭囲 () cm		
	カフエ・オ・レ斑 (6 個以上) (なし ・ あり)	雀卵斑様色素斑 (小レックリングハウゼン斑) (なし ・ あり)	
	皮膚の神経線維腫 (2個以上) (なし ・ あり)	神経の神経線維腫 (なし ・ あり)	
	びまん性神経線維腫 (なし ・ あり)	頭蓋骨・顔面骨の欠損 (なし ・ あり)	
	四肢骨の変形 (なし ・ あり)	脊柱・胸郭の変形 (なし ・ あり)	
	虹彩小結節 (2個以上) (なし ・ あり)	視神経膠腫 (なし ・ あり)	
	学習障害 (なし ・ あり)	注意欠陥多動症 (なし ・ あり)	
	家族歴 (なし ・ あり)		
	運動機能 (寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる)		

2. 検査所見

診断の根拠となった主な検査等の結果	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載) 眼科的検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) CTまたはMRI検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) 遺伝子診断 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
-------------------	---

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)
-------------	------------------------

4. 経過

現在の治療	
過去の主な治療・検査など	

5. 今後の療の方針

	びまん性神経線維腫への対策 (なし ・ あり → 詳細 :) 多数の神経の神経線維腫への対策 (なし ・ あり → 詳細 :)
--	--

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
-------	---

現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
------	--

治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)
--------	--

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入