

告示番号		9		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		9 膿疱性乾癬 (汎発型)						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
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 %	
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ( )											
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 (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													
診断の根拠		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 ] 尋常性乾癬の既往：[ なし ・ あり ]											
症状	皮膚・粘膜	粘膜疹：[ なし ・ あり ] 膿海：[ なし ・ あり ] 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 (膿疱を伴う紅斑面積)：[ 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 ]											
	全身	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 ] 本疾患と関連する発熱：[ なし ・ 37℃以上38.5℃未満 ・ 38.5℃以上 ]											
	精神・神経	移動障害：[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]											
	その他	症状 (その他)：( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	皮膚・粘膜	粘膜疹：[ なし ・ あり ]											
	全身	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 ] 本疾患と関連する発熱：[ なし ・ 37℃以上38.5℃未満 ・ 38.5℃以上 ]											
	精神・神経	移動障害：[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]											
	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		白血球数：( )/μL CRP：( )mg/dL 血清IgG：( )mg/dL ASO (ASLO)：( )倍				赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清総蛋白：( )g/dL 血清IgA：( )mg/dL リウマトイド因子 (定性)：[ 陰性 ・ 陽性 ]				赤沈 (1時間値)：( )mm/h 血清IgM：( )mg/dL			
病理検査		皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )				実施日：( 年 月 日 )							
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 詳細：( ) 遺伝子異常 (その他)：( )				実施日：( 年 月 日 )				IL36RN遺伝子異常：[ なし ・ あり ]			
		遺伝子検査 (親)：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 変異遺伝子名：( ) 詳細：( )											
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		白血球数：( )/μL CRP：( )mg/dL 血清IgA：( )mg/dL リウマトイド因子 (定性)：[ 陰性 ・ 陽性 ]				赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清総蛋白：( )g/dL 血清IgM：( )mg/dL				赤沈 (1時間値)：( )mm/h 血清IgG：( )mg/dL ASO (ASLO)：( )倍			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	9	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	皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) IL36RN遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 詳細：( ) 遺伝子異常（その他）：( )					
	遺伝子検査（親）：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 変異遺伝子名：( ) 詳細：( )					
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：( )					
既往歴	新生児集中治療室の利用：[ なし ・ あり ]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
治療必要性	ビタミンA誘導体の内服の必要性：[ なし ・ あり ]					
皮膚治療	ビタミンA誘導体の内服：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤の使用：[ なし ・ あり ]					
治療	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					
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				
医療機関住所						
		診療科				
		医師名 (印)				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )				