

告示番号		1		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〉			
病名		1 眼皮膚白皮症 (先天性白皮症)						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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 ( 申請時 ) ※直近の状況を記載													
症状		皮膚・粘膜		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髪：[ なし ・ あり ]									
		筋・骨格		筋力低下：[ なし ・ あり ]									
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]									
		眼		虹彩色素の低下：[ なし ・ あり ] 眼振：[ なし ・ あり ] 眼症状 ( その他 ) ： ( )									
		耳鼻咽喉		聴力障害：[ なし ・ あり ]									
		その他		免疫異常：[ なし ・ あり ] 症状 ( その他 ) ： ( )									
検査所見 ( 申請時 ) ※直近の状況を記載													
病理検査		皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )											
		組織学的所見：( )											
		電子顕微鏡所見：( )											
眼科学的検査		眼底検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )											
		所見：( )											
		視力検査：[ 未実施 ・ 実施 ]											
		右 ( 裸眼 ) ：( ) 左 ( 裸眼 ) ：( ) 右 ( 矯正後 ) ：( ) 左 ( 矯正後 ) ：( )											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )											
		所見：( )											
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													
家族歴		本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 患児との続柄：( ) 詳細：( )											
経過 ( 申請時 ) ※直近の状況を記載													
皮膚治療		紫外線対策：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
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 ( )							