

告示番号		51		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3					
病名		22 先天性角化異常症								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)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI			
				年 月 日						年 月 日				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)															
身体所見		小頭症 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり]															
症状	全身	体重増加不良 : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり] リンパ節腫脹 : [なし ・ あり]															
	皮膚・粘膜	発疹 : [なし ・ あり] 性状 : () 出血斑 : [なし ・ あり] 色素脱失 : [なし ・ あり] 網状色素沈着 : [なし ・ あり] 口内炎 : [なし ・ あり] 口腔粘膜白斑症 : [なし ・ あり] 爪の萎縮 : [なし ・ あり] 頭髮の消失、白髪 : [なし ・ あり]															
	筋・骨格	関節炎 : [なし ・ あり]															
	内分泌・代謝	骨粗鬆症 : [なし ・ あり]															
	消化器	肝腫 : [なし ・ あり] 脾腫大 : [なし ・ あり] 下痢 : [なし ・ あり] 食道狭窄 : [なし ・ あり]															
	精神・神経	小脳性運動失調 : [なし ・ あり ・ 不明]															
	その他	歯牙異常 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
身体所見		小頭症 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり]															
症状	全身	体重増加不良 : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり] リンパ節腫脹 : [なし ・ あり]															
	皮膚・粘膜	発疹 : [なし ・ あり] 性状 : () 出血斑 : [なし ・ あり] 色素脱失 : [なし ・ あり] 網状色素沈着 : [なし ・ あり] 口内炎 : [なし ・ あり] 口腔粘膜白斑症 : [なし ・ あり] 爪の萎縮 : [なし ・ あり] 頭髮の消失、白髪 : [なし ・ あり]															
	筋・骨格	関節炎 : [なし ・ あり]															
	内分泌・代謝	骨粗鬆症 : [なし ・ あり]															
	消化器	肝腫 : [なし ・ あり] 脾腫大 : [なし ・ あり] 下痢 : [なし ・ あり] 食道狭窄 : [なし ・ あり]															
	精神・神経	小脳性運動失調 : [なし ・ あり ・ 不明]															
	その他	歯牙異常 : [なし ・ あり] 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 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () ‰ 赤血球数 : () $\times 10^4$ / μ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL ヘマトクリット (Ht) : () % 血小板数 : () $\times 10^4$ / μ L 血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL AST : () U/L ALT : () U/L 血清IgG : () mg/dL 血清IgA : () mg/dL 血清IgM : () mg/dL 血清総IgE : () IU/mL															
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 (検査方法) : () PHA反応 (測定値) : () cpm PHA反応 (基準値) : () cpm PHA反応 SI (Stimulation index) : ()															
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析 : CD4 : () % CD8 : () % T細胞 (%) : () % T細胞絶対数 : () / μ L B細胞 (%) : () % B細胞絶対数 : () / μ L NK細胞 (%) : () % NK細胞絶対数 : () / μ L															
骨髓検査		骨髓検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()															
画像検査		CT検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()															

