

## 28 表皮水疱症（接合部型及び栄養障害型） 臨床調査個人票（1. 新規）

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日生 (満 歳)
氏 名							
住 所	郵便番号			出 生 都 道 府 県		発病時在住 都 道 府 県	
	電話 ( )						
発 病 年 月	1. 昭和 2. 平成	年 月 (満 歳)	初 診 年 月 日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日	保 険 種 別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老
身 体 障 害 者 帳	1. あり (等級____級) 2. なし		介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度____) 2. 要支援 3. なし			
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____)) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)						
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明		受 診 状 況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) 4. 往診あり 5. 入院なし 6. その他 (____)			
	ありの場合 (続柄 )		(最近 6 か月)				
発症と経過 (具体的に記述)							
【WISH 入力不要】							
疾 患 分 類	1. 接合部型 2. 栄養障害型 3. その他 ( )						
経 過	1. ほぼ治癒 2. 軽快しつつある 3. 不変 4. 悪化しつつある 5. その他 ( )						
臨床所見 (経過観察中に発現したものを含む)							
皮膚の水疱・びらん		1. あり 2. なし 3. 不明	爪変形・爪脱落		1. あり 2. なし 3. 不明		
粘膜の水疱・びらん		1. あり 2. なし 3. 不明	歯牙形成不全		1. あり 2. なし 3. 不明		
水疱・びらん治癒後の瘢痕		1. あり 2. なし 3. 不明	筋ジストロフィー		1. あり 2. なし 3. 不明		
稗粒腫		1. あり 2. なし 3. 不明	食道狭窄		1. あり 2. なし 3. 不明		
指 (趾) 間癒着		1. あり 2. なし 3. 不明	肥厚性幽門狭窄		1. あり 2. なし 3. 不明		
掌蹠角化		1. あり 2. なし 3. 不明	皮膚悪性腫瘍		1. あり 2. なし 3. 不明		
脱 毛		1. あり 2. なし 3. 不明	(扁平上皮癌)				
病理学的事項							
水疱部							
水疱初発位置		1. 表皮内	2. 接合部	3. 真皮内			
基底細胞・有棘細胞の空胞変性		1. あり	2. なし	3. 不明			
非水疱部							
係留線維の減少		1. あり	2. なし	3. 不明			
半デスモソームの減少		1. あり	2. なし	3. 不明			
遺伝子検査 (実施している場合は記載してください。)							
1. あり ( ) 2. なし							
鑑別診断 下の疾患が鑑別できること							
① 水疱性先天性魚鱗癬様紅皮症	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない					
② ポルフィリン症	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない					
③ 尋常性天疱瘡	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない					
④ 水疱性類天疱瘡	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない					
⑤ 疱疹状皮膚炎	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない					
⑥ 伝染性膿痂疹	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない					
⑦ 中毒性表皮剥離症	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない					
⑧ 亜鉛欠乏による腸性肢端皮膚炎	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない					
⑨ 薬剤による水疱症	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない					
⑩ その他 ( )	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない					

医療上の問題点

【WISH入力不要】

医療機関名

医療機関所在地

医師の氏名

電話番号

( )



記載年月日：平成 年 月 日

(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載)

症状が悪化したことを医師が確認した年月日 平成 年 月 日

特定疾患登録者証交付年月日 平成 年 月 日

28 表皮水疱症（接合部型及び栄養障害型） 臨床調査個人票（2.更新）

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日生 (満 歳)
氏 名							
住 所	郵便番号			出 生 都 道 府 県		発病時在住 都 道 府 県	
	電話 ( )						
発 病 年 月	1. 昭和 2. 平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日	保 険 種 別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老
身 体 障 害 者 帳	1. あり (等級____級) 2. なし		介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度____) 2. 要支援 3. なし			
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____))						初回認定年月
	日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)						1. 昭和 2. 平成
受 診 状 況 (最近 1 年)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他( )						
治療と経過 (前回申請からの変化を中心に具体的に記述)							
【WISH 入力不要】							
疾 患 分 類	1. 接合部型 2. 栄養障害型 3. その他( )						
経 過	1. ほぼ治癒 2. 軽快しつつある 3. 不変 4. 悪化しつつある 5. その他( )						
臨床所見 (経過観察中に発現したものを含む)							
皮膚の水疱・びらん	1. あり	2. なし	3. 不明	爪変形・爪脱落	1. あり	2. なし	3. 不明
粘膜の水疱・びらん	1. あり	2. なし	3. 不明	歯牙形成不全	1. あり	2. なし	3. 不明
水疱・びらん治癒後の瘢痕	1. あり	2. なし	3. 不明	筋ジストロフィー	1. あり	2. なし	3. 不明
稗粒腫	1. あり	2. なし	3. 不明	食道狭窄	1. あり	2. なし	3. 不明
指 (趾) 間癒着	1. あり	2. なし	3. 不明	肥厚性幽門狭窄	1. あり	2. なし	3. 不明
掌蹠角化	1. あり	2. なし	3. 不明	皮膚悪性腫瘍	1. あり	2. なし	3. 不明
脱 毛	1. あり	2. なし	3. 不明	(扁平上皮癌)			
医療上の問題点							
【WISH入力不要】							
医療機関名							
医療機関所在地							
電話番号 ( )							
医師の氏名							
印							
記載年月日：平成 年 月 日							