

告示番号		1		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3	
病名		9 結節性多発血管炎(結節性多発動脈炎)								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		診断の根拠: [臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]								診断時期: (年 月 日)			
症状	全身	発熱: [なし ・ あり] 浮腫: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()		低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり] 高血圧: [なし ・ あり]		体重減少: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり]		易疲労性: [なし ・ あり]					
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()		関節痛: [なし ・ あり]		筋痛: [なし ・ あり]		筋力低下: [なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	リパドー: [なし ・ あり] 紫斑: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()		結節性紅斑: [なし ・ あり] 口腔内潰瘍: [なし ・ あり]		皮下結節: [なし ・ あり] 潰瘍: [なし ・ あり]		壊疽: [なし ・ あり]					
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 白斑: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()		上強膜炎: [なし ・ あり] 視力障害: [なし ・ あり]		結膜炎: [なし ・ あり]		眼底出血: [なし ・ あり]					
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり] 副鼻腔炎: [なし ・ あり] めまい: [なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状 (その他): ()		鼻閉: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり]		嚔声: [なし ・ あり] 鞍鼻: [なし ・ あり]		気道閉塞: [なし ・ あり] 難聴: [なし ・ あり]					
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感: [なし ・ あり] 血圧差 (左右または上下肢の血圧差10mmHg以上): [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()		間質性肺炎: [なし ・ あり] 咳嗽: [なし ・ あり] 間欠跛行: [なし ・ あり]		血痰: [なし ・ あり] 息切れ: [なし ・ あり] 脈拍欠損: [なし ・ あり]		肺胞出血: [なし ・ あり] 動悸: [なし ・ あり] 血管雑音: [なし ・ あり]					
	腎・泌尿器	急性腎不全: [なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他): ()		慢性腎不全: [なし ・ あり]		急速進行性糸球体腎炎: [なし ・ あり]		腎梗塞: [なし ・ あり]					
	消化器	吐血: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()		下血: [なし ・ あり]		イレウス: [なし ・ あり]		非特異的炎症性腸炎: [なし ・ あり]					
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり] 脳梗塞: [なし ・ あり] 無菌性髄膜炎: [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他): ()		意識障害: [なし ・ あり] 脊髄障害: [なし ・ あり]		精神症状: [なし ・ あり] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]		脳出血: [なし ・ あり] 多発性単神経炎: [なし ・ あり]					
その他	症状 (その他): ()												
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載													
診断		診断の根拠: [臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]								診断時期: (年 月 日)			
	全身	発熱: [なし ・ あり] 浮腫: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()		低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり] 高血圧: [なし ・ あり]		体重減少: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり]		易疲労性: [なし ・ あり]					
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()		関節痛: [なし ・ あり]		筋痛: [なし ・ あり]		筋力低下: [なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	リパドー: [なし ・ あり] 紫斑: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()		結節性紅斑: [なし ・ あり] 口腔内潰瘍: [なし ・ あり]		皮下結節: [なし ・ あり] 潰瘍: [なし ・ あり]		壊疽: [なし ・ あり]					

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		1		膠原病（ ）		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/3	
症状	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 上強膜炎：[なし ・ あり] 結膜炎：[なし ・ あり] 眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり] 視力障害：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：()									
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり] 鼻閉：[なし ・ あり] 嚔声：[なし ・ あり] 気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり] 中耳炎：[なし ・ あり] 鞍鼻：[なし ・ あり] 難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状（その他）：()									
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり] 間質性肺炎：[なし ・ あり] 血痰：[なし ・ あり] 肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり] 咳嗽：[なし ・ あり] 息切れ：[なし ・ あり] 動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり] 間欠跛行：[なし ・ あり] 脈拍欠損：[なし ・ あり] 血管雑音：[なし ・ あり] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：()									
	腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり] 慢性腎不全：[なし ・ あり] 急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり] 腎梗塞：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：()									
	消化器	吐血：[なし ・ あり] 下血：[なし ・ あり] イレウス：[なし ・ あり] 非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：()									
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり] 意識障害：[なし ・ あり] 精神症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり] 脊髄障害：[なし ・ あり] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[なし ・ あり] 精神・神経症状（その他）：()									
	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 リンパ球：()% 好酸球：()% ヘモグロビン（Hb）：()g/dL ヘマトクリット（Ht）：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 血清IgG：()mg/dL 血清IgE：()IU/mL 赤沈（1時間値）：()mm/h CRP：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 KL-6：()U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施 MPO-ANCA：()IU/mL・未実施 抗GBM抗体：()U/mL・未実施									
尿検査		細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 一日尿蛋白量：()g/day・未実施 尿中蛋白量：()mg/dL									
便検査		便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]									
病理検査		生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()									
画像検査		超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()									
		CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()									
		MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()									
		MRA検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()									
		PET検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()									
		血管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()									
		画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査名：() 部位：() 所見：()									
		検査所見（申請時） ※直近の状況を記載									
血液検査		白血球数：()/μL リンパ球：()% 好酸球：()% ヘモグロビン（Hb）：()g/dL ヘマトクリット（Ht）：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 血清IgG：()mg/dL 血清IgE：()IU/mL 赤沈（1時間値）：()mm/h CRP：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 KL-6：()U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施 MPO-ANCA：()IU/mL・未実施 抗GBM抗体：()U/mL・未実施									
尿検査		細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 一日尿蛋白量：()g/day・未実施 尿中蛋白量：()mg/dL									

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	1	膠原病	(		)	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	3/3
便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]							
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施]		実施日：(		年	月	日)	
	部位：(
	所見：(
画像検査	超音波検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：(		年	月	日)	
	部位：(
	所見：(
	CT検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：(		年	月	日)	
	部位：(
	所見：(
	MRI検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：(		年	月	日)	
	部位：(
画像検査	MRA検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：(		年	月	日)	
	部位：(
	所見：(
	PET検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：(		年	月	日)	
	部位：(
	所見：(
	血管造影：[未実施 ・ 実施]		実施日：(		年	月	日)	
部位：(
画像検査	所見：(
	画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施]		実施日：(		年	月	日)	
	検査名：(
画像検査	部位：(
	所見：(
	その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
合併症	気管支喘息：[なし ・ あり]		大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]					
	合併症 (その他)：(
重症度分類	重症度 (結節性多発動脈炎)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V]							
経過 (申請時) ※直近の状況を記載								
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数：(				回		症状の進行性：[なし ・ あり]	
	経過：[軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他]							
	経過 (その他)：(
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬：[なし ・ あり]		ステロイド薬：[なし ・ あり]		免疫調整薬：[なし ・ あり]			
	免疫抑制薬：[なし ・ あり]		生物学的製剤：[なし ・ あり]		抗凝固薬：[なし ・ あり]			
	強心薬：[なし ・ あり]		利尿薬：[なし ・ あり]		免疫グロブリン療法：[なし ・ あり]			
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施]		作業療法：[未実施 ・ 実施]					
血液浄化	血液浄化法：[未実施 ・ 実施]							
	詳細：(
カテーテル治療	カテーテル治療：[未実施 ・ 実施]		実施日：(		年	月	日)	
	部位：(
	術式：(
手術	手術：[未実施 ・ 実施 ・ 施行予定]		実施日：(		年	月	日)	
術式：(
	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：(
	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 (