

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|---|--|-----------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|--------------|--|---------|--|---------------|--|--------|--|
| 告示番号 | | 8 | | 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 | | 1 若年性特発性関節炎 | | | | | | | | 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 | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病型 | | 発症時： [全身型 ・ 少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症 状 | 全身 | 発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] () 熱型 (その他)：() 朝のこわばり：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] マクロファージ活性化症候群：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 筋・骨格 | 腫脹関節数：() 個 部位詳細：() 疼痛関節数：() 個 部位詳細：() 関節可動域制限：[なし ・ あり] 詳細：() 可動域制限関節数：() 個 部位詳細：() 付着部炎：[なし ・ あり] 指趾炎：[なし ・ あり] 腰背部痛：[なし ・ あり] 筋痛：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 皮膚・粘膜 | 爪甲剥離：[なし ・ あり] 爪点状陥凹：[なし ・ あり] 爪油滴：[なし ・ あり] 紅斑性皮疹：[なし ・ あり] リウマトイド結節：[なし ・ あり] 乾癬：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：() | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 眼 ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 所見：[無症候性 ・ 症候性] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 呼吸器・循環器 | | 胸膜炎：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 消化器 | 腹膜炎：[なし ・ あり] 肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 病型 | | 現 在： [全身型 ・ 全身型発症関節炎 ・ 進展型少関節炎 ・ 持続型少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 症 状 | 全身 | 発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] () 熱型 (その他)：() 朝のこわばり：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] マクロファージ活性化症候群：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 筋・骨格 | | | 腫脹関節数：() 個 部位詳細：() 疼痛関節数：() 個 部位詳細：() 関節可動域制限：[なし ・ あり] 詳細：() 可動域制限関節数：() 個 部位詳細：() | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

| 告示番号 | | 8 | | 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 | 筋・骨格 | 付着部炎：[なし ・ あり] | | 指趾炎：[なし ・ あり] | | 腰背部痛：[なし ・ あり] | | 筋痛：[なし ・ あり] | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 爪甲剥離：[なし ・ あり] | | 爪点状陥凹：[なし ・ あり] | | 爪油滴：[なし ・ あり] | | 紅斑性皮疹：[なし ・ あり] | | | |
| | | リウマトイド結節：[なし ・ あり] | | 乾癬：[なし ・ あり] | | | | | | | |
| | | 皮膚・粘膜症状（その他）：（ | | | | | | | | | |
| | 眼 | ぶどう膜炎：[なし ・ あり] | | 所見：[無症候性 ・ 症候性] | | | | | | | |
| | 呼吸器・循環器 | 胸膜炎：[なし ・ あり] | | 心膜炎：[なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 消化器 | 腹膜炎：[なし ・ あり] | | 肝腫：[なし ・ あり] | | 脾腫：[なし ・ あり] | | | | | |
| | 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 | | ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL | | ヘマトクリット（Ht）：（ ）% | | | | | | |
| | 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL | | D-dimer：（ ）μg/mL・未実施 | | AST：（ ）U/L | | | | | | |
| | ALT：（ ）U/L | | LDH：（ ）U/L | | BUN：（ ）mg/dL | | | | | | |
| | 血清クレアチニン：（ ）mg/dL | | トリグリセリド（中性脂肪）：（ ）mg/dl | | フィブリノゲン：（ ）mg/dl | | | | | | |
| | フェリチン：（ ）ng/mL・未実施 | | 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h | | CRP：（ ）mg/dL | | | | | | |
| | リウマトイド因子（定量）：（ ）IU/mL・未実施 | | MMP-3：（ ）ng/mL・未実施 | | 抗CCP抗体：（ ）U/mL・未実施 | | | | | | |
| | 抗核抗体：（ ）倍・未実施 | | 染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他] | | | | | | | | |
| | 染色型（その他）：（ | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | 超音波検査（関節）：[未実施 ・ 実施] | | 実施日：（ 年 月 日 ） | | | | | | | | |
| | 関節液貯留：[なし ・ あり] | | 関節滑膜肥厚：[なし ・ あり] | | 付着部肥厚：[なし ・ あり] | | | | | | |
| | 腱鞘滑膜炎：[なし ・ あり] | | 異常パワードブラ（関節内）：[なし ・ あり] | | 異常パワードブラ（付着部）：[なし ・ あり] | | | | | | |
| | 所見（その他）：（ | | | | | | | | | | |
| | 単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施] | | 実施日：（ 年 月 日 ） | | | | | | | | |
| | 関節裂隙狭小化：[なし ・ あり] | | 骨びらん：[なし ・ あり] | | 関節変形（亜脱臼・偏位・過伸展）：[なし ・ あり] | | | | | | |
| | 関節強直：[なし ・ あり] | | 指趾骨基部杯状化：[なし ・ あり] | | 脊椎の竹節様変化：[なし ・ あり] | | | | | | |
| | MRI検査（関節）：[未実施 ・ 実施] | | 実施日：（ 年 月 日 ） | | | | | | | | |
| | 関節液貯留：[なし ・ あり] | | 滑膜肥厚：[なし ・ あり] | | 骨髓浮腫：[なし ・ あり] | | | | | | |
| | 仙腸関節炎：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | |
| | 所見（その他）：（ | | | | | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | HLA遺伝子型判定：[未実施 ・ 実施] | | 実施日：（ 年 月 日 ） | | | | | | | | |
| | 抗原型（HLA-A）①：（ ） | | 抗原型（HLA-A）②：（ ） | | | | | | | | |
| | 抗原型（HLA-B）①：（ ） | | 抗原型（HLA-B）②：（ ） | | | | | | | | |
| | 抗原型（HLA-DR）①：（ ） | | 抗原型（HLA-DR）②：（ ） | | | | | | | | |
| | 抗原型（HLA-DQ）①：（ ） | | 抗原型（HLA-DQ）②：（ ） | | | | | | | | |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | |
| 血液検査 | 白血球数：（ ）/μL | | ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL | | ヘマトクリット（Ht）：（ ）% | | | | | | |
| | 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL | | D-dimer：（ ）μg/mL・未実施 | | AST：（ ）U/L | | | | | | |
| | ALT：（ ）U/L | | LDH：（ ）U/L | | BUN：（ ）mg/dL | | | | | | |
| | 血清クレアチニン：（ ）mg/dL | | トリグリセリド（中性脂肪）：（ ）mg/dl | | フィブリノゲン：（ ）mg/dl | | | | | | |
| | フェリチン：（ ）ng/mL・未実施 | | 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h | | CRP：（ ）mg/dL | | | | | | |
| | 抗核抗体：（ ）倍・未実施 | | 染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他] | | | | | | | | |
| | 染色型（その他）：（ | | | | | | | | | | |
| | リウマトイド因子（定量）：（ ）IU/mL・未実施 | | MMP-3：（ ）ng/mL・未実施 | | 抗CCP抗体：（ ）U/mL・未実施 | | | | | | |
| 画像検査 | 超音波検査（関節）：[未実施 ・ 実施] | | 実施日：（ 年 月 日 ） | | | | | | | | |
| | 関節液貯留：[なし ・ あり] | | 関節滑膜肥厚：[なし ・ あり] | | 付着部肥厚：[なし ・ あり] | | | | | | |
| | 腱鞘滑膜炎：[なし ・ あり] | | 異常パワードブラ（関節内）：[なし ・ あり] | | 異常パワードブラ（付着部）：[なし ・ あり] | | | | | | |
| | 所見（その他）：（ | | | | | | | | | | |
| | 単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施] | | 実施日：（ 年 月 日 ） | | | | | | | | |
| | 関節裂隙狭小化：[なし ・ あり] | | 骨びらん：[なし ・ あり] | | 関節変形（亜脱臼・偏位・過伸展）：[なし ・ あり] | | | | | | |
| | 関節強直：[なし ・ あり] | | 指趾骨基部杯状化：[なし ・ あり] | | 脊椎の竹節様変化：[なし ・ あり] | | | | | | |
| | MRI検査（関節）：[未実施 ・ 実施] | | 実施日：（ 年 月 日 ） | | | | | | | | |
| | 関節液貯留：[なし ・ あり] | | 滑膜肥厚：[なし ・ あり] | | 骨髓浮腫：[なし ・ あり] | | | | | | |
| | 仙腸関節炎：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | |
| | 所見（その他）：（ | | | | | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | HLA遺伝子型判定：[未実施 ・ 実施] | | 実施日：（ 年 月 日 ） | | | | | | | | |
| | 抗原型（HLA-A）①：（ ） | | 抗原型（HLA-A）②：（ ） | | | | | | | | |
| | 抗原型（HLA-B）①：（ ） | | 抗原型（HLA-B）②：（ ） | | | | | | | | |
| | 抗原型（HLA-DR）①：（ ） | | 抗原型（HLA-DR）②：（ ） | | | | | | | | |
| | 抗原型（HLA-DQ）①：（ ） | | 抗原型（HLA-DQ）②：（ ） | | | | | | | | |
| その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | |
| 合併症 | 他の膠原病の合併：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | |
| | 合併疾患名：（ | | | | | | | | | | |
| | 悪性疾患の合併：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--|-----------|-----------------------|-----|
| 告示番号 | 8 | 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 |
| 家族歴 | 本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：強直脊椎炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：炎症性腸疾患に伴う仙腸関節炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：急性前部ぶどう膜炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴（その他）：() 家族歴：付着部炎関連関節炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：Reiter 症候群：[なし ・ あり ・ 不明] | | | |
| 疾患活動性 | JADAS-27：() ・ 未実施 | | | |
| 機能障害 | Sterinbrocker機能障害度分類：[未実施 ・ Class I ・ Class II ・ Class III ・ Class IV] CHAQ：() 点 ・ 未実施 | | | |
| 経過（申請時）※直近の状況を記載 | | | | |
| 薬物療法 | 非ステロイド系抗炎症薬： [なし ・ あり] 強心薬：[なし ・ あり] ステロイド薬：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 免疫グロブリン療法：[なし ・ あり] | | | |
| | 免疫調整薬：金製剤： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫調整薬：プシラミン： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫調整薬：サラゾスルファピリジン：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫調整薬：イグラチモド： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] | | | |
| | 免疫抑制薬：タクロリムス： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：ミゾリピン： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：トファシチニブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：メトトレキサート： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：レフルノミド： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] | | | |
| | 生物学的製剤：トシリズマブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アダリムマブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：ゴリムマブ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アバタセプト：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アナキンラ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤（その他）：() | | | |
| | 生物学的製剤：エタネルセプト： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：インフリキシマブ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：セルトリズマブベゴル：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：カナキヌマブ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] | | | |
| | 抗リウマチ薬（その他）：() | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 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：() | | | |
| 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 () | | | | |