

告示番号		12		膠原病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		12 再発性多発軟骨炎							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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										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		確定診断の要件 (再発性多発軟骨炎) : ( ) ① 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち2つの証明された炎症所見 ( ) ② 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち1つの証明された炎症所見 + 眼病変、難聴・前庭障害、血清反応陰性関節炎のうちの2つの所見 ( ) ③ ②の6つの症状のうち1所見 + 同部の組織陽性所見 ※軟骨の変性 (好塩基性低下、弾性線維と膠原線維の変性・断裂、線維化、石灰化) および炎症細胞浸潤など本症に合致した所見であること											
症状	筋・骨格	血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎 : [ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	紫斑 : [ なし ・ あり ]											
	眼	ぶどう膜炎 : [ なし ・ あり ]      網膜血管炎 : [ なし ・ あり ]      強膜炎 : [ なし ・ あり ] 結膜炎 : [ なし ・ あり ]      角膜炎・角膜潰瘍 : [ なし ・ あり ]      視力障害 : [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他) : ( )											
	耳鼻咽喉	嚔声 : [ なし ・ あり ]      鼻軟骨炎 : [ なし ・ あり ]      耳介軟骨の炎症、変形 : [ なし ・ あり ] 伝音性難聴 (外耳道変形による) : [ なし ・ あり ]      感音性難聴 : [ なし ・ あり ]      めまい : [ なし ・ あり ] 前庭障害 (その他) : ( )											
	呼吸器・循環器	咳嗽 : [ なし ・ あり ]      喘鳴 : [ なし ・ あり ]      気管切開 : [ なし ・ あり ] 呼吸困難 : [ なし ・ あり ]      大動脈弁閉鎖不全 : [ なし ・ あり ]      僧帽弁閉鎖不全 : [ なし ・ あり ] 僧帽弁逸脱 : [ なし ・ あり ]      大動脈瘤 : [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他) : ( )											
	消化器	悪心 : [ なし ・ あり ]											
	精神・神経	運動失調 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]											
	その他	症状 (その他) : ( )											
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
症状	筋・骨格	血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎 : [ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	紫斑 : [ なし ・ あり ]											
	眼	ぶどう膜炎 : [ なし ・ あり ]      網膜血管炎 : [ なし ・ あり ]      強膜炎 : [ なし ・ あり ] 結膜炎 : [ なし ・ あり ]      角膜炎・角膜潰瘍 : [ なし ・ あり ]      視力障害 : [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他) : ( )											
	耳鼻咽喉	嚔声 : [ なし ・ あり ]      鼻軟骨炎 : [ なし ・ あり ]      耳介軟骨の炎症、変形 : [ なし ・ あり ] 伝音性難聴 (外耳道変形による) : [ なし ・ あり ]      感音性難聴 : [ なし ・ あり ]      めまい : [ なし ・ あり ] 前庭障害 (その他) : ( )											
	呼吸器・循環器	咳嗽 : [ なし ・ あり ]      喘鳴 : [ なし ・ あり ]      気管切開 : [ なし ・ あり ] 呼吸困難 : [ なし ・ あり ]      大動脈弁閉鎖不全 : [ なし ・ あり ]      僧帽弁閉鎖不全 : [ なし ・ あり ] 僧帽弁逸脱 : [ なし ・ あり ]      大動脈瘤 : [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他) : ( )											
	消化器	悪心 : [ なし ・ あり ]											
	精神・神経	運動失調 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]											
	その他	症状 (その他) : ( )											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		12		膠原病（ ）		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2		
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 <sup>4</sup> /μL			血清クレアチニン：	（ ）mg/dL			赤沈（1時間値）：	（ ）mm/h		
	CRP：	（ ）mg/dL			抗核抗体：	（ ）倍・未実施			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						
尿検査	血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]				蛋白尿：[ なし ・ あり ]							
病理検査	生検：	[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：		（ 年 月 日 ）						
	部位：	（ ）										
	所見：	（ ）										
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 <sup>4</sup> /μL			血清クレアチニン：	（ ）mg/dL			赤沈（1時間値）：	（ ）mm/h		
	CRP：	（ ）mg/dL			抗核抗体：	（ ）倍・未実施			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						
尿検査	血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]				蛋白尿：[ なし ・ あり ]							
病理検査	生検：	[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：		（ 年 月 日 ）						
	部位：	（ ）										
	所見：	（ ）										
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：（ ）											
	腎疾患の合併：[ なし ・ あり ]											
合併疾患名：（ ）												
合併症（その他）：（ ）												
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 ]				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 ]											
治療	詳細：（ ）											
今後の治療方針	治療（その他）：（ ）											
	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（ ）												