

告示番号		15		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		21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アフラネ症候群							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													
基本情報		発症年齢：()歳											
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] 発熱期間：()日間 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい											
		アミロイドーシス (腎)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (肝)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (その他)：()											
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]											
		関節腫脹：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡：[なし ・ あり] □内炎：[なし ・ あり] 注射部位の膿瘍形成：[なし ・ あり]											
		嚢胞性ざ瘡：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
		壊疽性膿皮症：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()											
	消化器	炎症性腸疾患：[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													
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] 発熱期間：()日間 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい											
		アミロイドーシス (腎)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (肝)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (その他)：()											
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]											
		関節腫脹：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡：[なし ・ あり] □内炎：[なし ・ あり] 注射部位の膿瘍形成：[なし ・ あり]											
		嚢胞性ざ瘡：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
		壊疽性膿皮症：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()											
	消化器	炎症性腸疾患：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		15		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 ⁴ /μL 血清IgG：（ ）mg/dL 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h CRP：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：（ ）μg/mL・未実施 自己抗体（その他）：（ ）									
病理検査		関節穿刺：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）									
		生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）									
画像検査		画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 検査名：（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）									
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異：[なし ・ あり] PSTPIP1遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：（ ）									
検査所見（その他）		検査所見（その他）：（ ）									
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 血清IgG：（ ）mg/dL 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h CRP：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：（ ）μg/mL・未実施 自己抗体（その他）：（ ）									
病理検査		関節穿刺：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）									
		生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）									
画像検査		画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 検査名：（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）									
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異：[なし ・ あり] PSTPIP1遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：（ ）									
検査所見（その他）		検査所見（その他）：（ ）									
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載											
合併症		合併症：[なし ・ あり] 詳細：（ ）									
家族歴		家系：[日本人 ・ 日本人以外] 詳細：（ ）									
		両親の血族婚：[なし ・ あり ・ 不明]									
		本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（ ）									
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] 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]									
		生物学的製剤：[なし ・ あり] 詳細：（ ）									
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（ ）									