

告示番号		10		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		3 皮膚筋炎／多発性筋炎							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		診断分類 (皮膚筋炎／多発性筋炎) : [皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]											
症状	全身	発熱 : [なし ・ あり] 体重減少 : [なし ・ あり] 浮腫 (全身性) : [なし ・ あり] リンパ節腫脹 : [なし ・ あり] 全身症状 (その他) : ()											
	筋・骨格	関節腫脹 : [なし ・ あり] 関節拘縮 : [なし ・ あり] 関節痛 : [なし ・ あり] 筋把握痛 : [なし ・ あり] 筋痛 : [なし ・ あり] 筋力低下 : [なし ・ あり] 筋萎縮 : [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他) : ()											
	皮膚・粘膜	爪郭発赤 : [なし ・ あり] 日光過敏 : [なし ・ あり] レイノー現象 : [なし ・ あり] 蝶形紅斑 : [なし ・ あり] 紅斑 (関節伸側) : [なし ・ あり] ゴットロン丘疹 : [なし ・ あり] ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑) : [なし ・ あり] ヘリオトロープ疹 : [なし ・ あり] 皮下石灰化 : [なし ・ あり] 粘膜潰瘍 : [なし ・ あり] 皮膚潰瘍 : [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他) : ()											
	眼	網膜血管病変 : [なし ・ あり] 眼症状 (その他) : ()											
	呼吸器・循環器	肺高血圧症 : [なし ・ あり] 乾性咳嗽 : [なし ・ あり] 呼吸困難 (労作時) : [なし ・ あり] 心膜炎 : [なし ・ あり] 心筋炎 : [なし ・ あり] 心電図異常 : [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他) : ()											
	消化器	消化管潰瘍 : [なし ・ あり] 消化管穿孔 : [なし ・ あり] 消化器症状 (その他) : ()											
	精神・神経	痙攣 : [なし ・ あり] 精神症状 : [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他) : ()											
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		診断分類 (皮膚筋炎／多発性筋炎) : [皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]											
症状	全身	発熱 : [なし ・ あり] 体重減少 : [なし ・ あり] 浮腫 (全身性) : [なし ・ あり] リンパ節腫脹 : [なし ・ あり] 全身症状 (その他) : ()											
	筋・骨格	関節腫脹 : [なし ・ あり] 関節拘縮 : [なし ・ あり] 関節痛 : [なし ・ あり] 筋把握痛 : [なし ・ あり] 筋痛 : [なし ・ あり] 筋力低下 : [なし ・ あり] 筋萎縮 : [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他) : ()											
	皮膚・粘膜	爪郭発赤 : [なし ・ あり] 日光過敏 : [なし ・ あり] レイノー現象 : [なし ・ あり] 蝶形紅斑 : [なし ・ あり] 紅斑 (関節伸側) : [なし ・ あり] ゴットロン丘疹 : [なし ・ あり] ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑) : [なし ・ あり] ヘリオトロープ疹 : [なし ・ あり] 皮下石灰化 : [なし ・ あり] 粘膜潰瘍 : [なし ・ あり] 皮膚潰瘍 : [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他) : ()											
	眼	網膜血管病変 : [なし ・ あり] 眼症状 (その他) : ()											
	呼吸器・循環器	肺高血圧症 : [なし ・ あり] 乾性咳嗽 : [なし ・ あり] 呼吸困難 (労作時) : [なし ・ あり] 心膜炎 : [なし ・ あり] 心筋炎 : [なし ・ あり] 心電図異常 : [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他) : ()											
	消化器	消化管潰瘍 : [なし ・ あり] 消化管穿孔 : [なし ・ あり] 消化器症状 (その他) : ()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		10	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	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり] 精神症状：[なし ・ あり]					
	その他	精神・神経症状（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：()% ヘモグロビン（Hb）：()g/dL ヘマトクリット（Ht）：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()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 CK：これまでの最高値：()U/L アルドラーゼ：これまでの最高値：()U/L 血清IgG：()mg/dL KL-6：()U/mL・未実施 赤沈（1時間値）：()mm/h CRP：()mg/dL C3：()mg/dL C4：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 抗核抗体：()倍・未実施						
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：()倍・未実施 抗SS-A／Ro抗体：EIA法：()U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：()倍・未実施 抗SS-B／La抗体：EIA法：()U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施 抗Scl-70抗体：()U/mL・未実施 抗セントロメア抗体：()U/mL・未実施 抗Jo-1抗体：()U/mL 抗ARS抗体スクリーニング：[陰性 ・ 陽性] 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 抗Sm抗体：()U/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：()U/mL・未実施 自己抗体（その他）：()						
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						
病理検査	筋生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 筋線維の変性及び細胞浸潤：[なし ・ あり] 皮膚生検：[未実施 ・ 実施] 皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]						
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()						
生理機能検査	筋電図検査：[未実施 ・ 実施] 筋電図筋原性変化：[なし ・ あり]						
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 拘束性障害：[なし ・ あり] 所見（その他）：()						
画像検査	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) DLco：()mL/min/mmHg						
	CT検査（肺）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 間質性陰影：[なし ・ あり] 胸水：[なし ・ あり] 所見（その他）：()						
MRI検査	MRI検査（筋）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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：()% ヘモグロビン（Hb）：()g/dL ヘマトクリット（Ht）：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()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 CK：これまでの最高値：()U/L アルドラーゼ：これまでの最高値：()U/L 血清IgG：()mg/dL KL-6：()U/mL・未実施 赤沈（1時間値）：()mm/h CRP：()mg/dL C3：()mg/dL C4：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 抗核抗体：()倍・未実施						
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：()倍・未実施 抗SS-A／Ro抗体：EIA法：()U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：()倍・未実施 抗SS-B／La抗体：EIA法：()U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施 抗Scl-70抗体：()U/mL・未実施 抗セントロメア抗体：()U/mL・未実施 抗Jo-1抗体：()U/mL 抗ARS抗体スクリーニング：[陰性 ・ 陽性] 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 抗Sm抗体：()U/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：()U/mL・未実施 自己抗体（その他）：()						
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						
病理検査	筋生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 筋線維の変性及び細胞浸潤：[なし ・ あり] 皮膚生検：[未実施 ・ 実施] 皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]						
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()						
生理機能検査	筋電図検査：[未実施 ・ 実施] 筋電図筋原性変化：[なし ・ あり]						
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 拘束性障害：[なし ・ あり] 所見（その他）：()						
肺拡散能検査	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) DLco：()mL/min/mmHg						
画像検査	CT検査（肺）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 間質性陰影：[なし ・ あり] 胸水：[なし ・ あり] 所見（その他）：()						
	MRI検査（筋）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()						

受給者番号() 患者氏名()

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：()
-----	---------------------------

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] クロロキン製剤：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 強心薬：[なし ・ あり]	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫調整薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり]	ステロイドパルス療法：[なし ・ あり] メトトレキサート：[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]
------	--	--	---

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	()