

告示番号		1		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
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"/> 継続 転出実施主体名	
受給者番号				受診日		年 月 日		<input type="checkbox"/> 転入 → ()					
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 (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)			
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]		低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり]		体重減少: [なし ・ あり]		易疲労性: [なし ・ あり]					
		浮腫: [なし ・ あり]		高血圧: [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]		関節痛: [なし ・ あり]		筋痛: [なし ・ あり]		筋力低下: [なし ・ あり]					
		筋・骨格症状 (その他): ()											
	皮膚・粘膜	リパドー: [なし ・ あり]		結節性紅斑: [なし ・ あり]		皮下結節: [なし ・ あり]		壊疽: [なし ・ あり]					
		紫斑: [なし ・ あり]		口腔内潰瘍: [なし ・ あり]		潰瘍: [なし ・ あり]							
		皮膚・粘膜症状 (その他): ()											
	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 (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〈継続申請用〉	2/2			
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：(
所見：(
画像検査		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：(
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		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												
医療機関住所												
記載年月日												
診療科												
医師名												
小児慢性特定疾病 指定医番号 (
(印)												