

病名	6ベーチェット (Behcet) 病										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 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													
症状	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	結節性紅斑様皮疹：[なし ・ あり] 座瘡様皮疹：[なし ・ あり] 毛嚢炎様皮疹：[なし ・ あり] 皮下の血栓性静脈炎：[なし ・ あり] 外陰部潰瘍：[なし ・ あり] 再発性アフタ性潰瘍 (口腔粘膜)：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()											
	眼	網膜ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 虹彩毛様体炎：[なし ・ あり] 視力障害：[なし ・ あり] 部位：[左 ・ 右 ・ 両側] 詳細：() 眼症状 (その他)：()											
	呼吸器・循環器	肺梗塞：[なし ・ あり] 動脈血栓症：[なし ・ あり] 深部静脈血栓症：[なし ・ あり] 動脈瘤：[なし ・ あり] 血管障害 (その他)：()											
	腎・泌尿器	精巣上体炎：[なし ・ あり]											
	消化器	腹痛：[なし ・ あり] 消化管潰瘍：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり] 消化器症状 (その他)：()											
	精神・神経	精神症状：[なし ・ あり] 頭痛：[なし ・ あり] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 脳脊髄症状：[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													
症状	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	結節性紅斑様皮疹：[なし ・ あり] 座瘡様皮疹：[なし ・ あり] 毛嚢炎様皮疹：[なし ・ あり] 皮下の血栓性静脈炎：[なし ・ あり] 外陰部潰瘍：[なし ・ あり] 再発性アフタ性潰瘍 (口腔粘膜)：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()											
	眼	網膜ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 虹彩毛様体炎：[なし ・ あり] 視力障害：[なし ・ あり] 部位：[左 ・ 右 ・ 両側] 詳細：() 眼症状 (その他)：()											
	呼吸器・循環器	肺梗塞：[なし ・ あり] 動脈血栓症：[なし ・ あり] 深部静脈血栓症：[なし ・ あり] 動脈瘤：[なし ・ あり] 血管障害 (その他)：()											
	腎・泌尿器	精巣上体炎：[なし ・ あり]											
	消化器	腹痛：[なし ・ あり] 消化管潰瘍：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり] 消化器症状 (その他)：()											
	精神・神経	精神症状：[なし ・ あり] 頭痛：[なし ・ あり] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 脳脊髄症状：[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（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 CH50：()U/mL・未実施 CRP：()mg/dL			ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血清IgD：()mg/dL・未実施			血小板数：()×10 ⁴ /μL 赤沈（1時間値）：()mm/h		
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()								
皮膚科的検査	針反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]								
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 CH50：()U/mL・未実施 CRP：()mg/dL			ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血清IgD：()mg/dL・未実施			血小板数：()×10 ⁴ /μL 赤沈（1時間値）：()mm/h		
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()								
皮膚科的検査	針反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]								
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	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()								
家族歴	本疾患の家族歴 父：[なし ・ あり ・ 不明] 母：[なし ・ あり ・ 不明] 兄弟：[なし ・ あり ・ 不明] 姉妹：[なし ・ あり ・ 不明] 父方祖父：[なし ・ あり ・ 不明] 父方祖母：[なし ・ あり ・ 不明] 母方祖父：[なし ・ あり ・ 不明] いとこ：[なし ・ あり ・ 不明] その他：[なし ・ あり ・ 不明]								
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] 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] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり]			免疫調整薬：[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]		
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 小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）						