

<b>告示番号</b>	<b>8</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/3</b>
-------------	----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

<b>病名</b>	<b>1 若年性特発性関節炎</b>					<b>受付種別</b>	<input type="checkbox"/> 新規								
<b>受給者番号</b>		<b>受診日</b>	年	月	日										
<b>ふりがな</b>						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)									
<b>氏名</b> (Alphabet)															
<b>生年月日</b>	年	月	日	<b>意見書記載時の年齢</b>	歳	か	月	日	<b>性別</b>	男	・	女	・	性別未決定	
<b>出生体重</b>	g		<b>出生週数</b>	在胎	週	日	<b>出生時に住民登録をした所</b>	( )	<b>都道府県</b>	( )	<b>市区町村</b>				
<b>現在の身長・体重</b>	<b>身長</b> (測定日)	cm ( SD)			<b>体重</b> (測定日)	kg ( SD)			<b>BMI</b>			<b>肥満度</b>			
		年	月	日		年	月	日					%		
<b>発病時期</b>	年	月	頃	<b>初診日</b>	年	月	日								
<b>就学・就労状況</b>	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 ( )														
<b>手帳取得状況</b>	<b>身体障害者手帳</b>	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					<b>療育手帳</b>	なし ・ あり							
	<b>精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)</b>	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)													
<b>現状評価</b>	<b>治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能</b>					<b>運動制限の必要性</b>			なし ・ あり						
	<b>人工呼吸器等装着者認定基準に該当</b>			する ・ しない ・ 不明		<b>小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当</b>			する ・ しない ・ 不明						
<b>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</b>															
<b>病型</b>	発症時: [ 全身型 ・ 少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎 ]														
<b>症状</b>	<b>全身</b>	発熱: [ なし ・ あり ]      熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ]													
		熱型 (その他): ( )													
		朝のこわばり: [ なし ・ あり ]      リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ]      マクロファージ活性化症候群: [ なし ・ あり ]													
	<b>筋・骨格</b>	腫脹関節数: ( ) 個 部位詳細: ( )													
		疼痛関節数: ( ) 個 部位詳細: ( )													
		関節可動域制限: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )													
		可動域制限関節数: ( ) 個 部位詳細: ( )													
		付着部炎: [ なし ・ あり ]      指趾炎: [ なし ・ あり ]      腰背部痛: [ なし ・ あり ]      筋痛: [ なし ・ あり ]													
	<b>皮膚・粘膜</b>	爪甲剥離: [ なし ・ あり ]      爪点状陥凹: [ なし ・ あり ]      爪油滴: [ なし ・ あり ]      紅斑性皮疹: [ なし ・ あり ] リウマトイド結節: [ なし ・ あり ]      乾癬: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他): ( )													
	<b>眼</b>	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ]      所見: [ 無症候性 ・ 症候性 ]													
<b>呼吸器・循環器</b>	胸膜炎: [ なし ・ あり ]      心膜炎: [ なし ・ あり ]														
<b>消化器</b>	腹膜炎: [ なし ・ あり ]      肝腫: [ なし ・ あり ]      脾腫: [ なし ・ あり ]														
<b>その他</b>	症状 (その他): ( )														
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>															
<b>病型</b>	現在: [ 全身型 ・ 全身型発症関節炎 ・ 進展型少関節炎 ・ 持続型少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎 ]														
<b>症状</b>	<b>全身</b>	発熱: [ なし ・ あり ]      熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ]													
		熱型 (その他): ( )													
		朝のこわばり: [ なし ・ あり ]      リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ]      マクロファージ活性化症候群: [ なし ・ あり ]													
	<b>筋・骨格</b>	腫脹関節数: ( ) 個 部位詳細: ( )													
		疼痛関節数: ( ) 個 部位詳細: ( )													
関節可動域制限: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )															
可動域制限関節数: ( ) 個 部位詳細: ( )															

告示番号 **8** 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	筋・骨格	付着部炎: [ なし ・ あり ]	指趾炎: [ なし ・ あり ]	腰背部痛: [ なし ・ あり ]	筋痛: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	爪甲剥離: [ なし ・ あり ]	爪点状陥凹: [ なし ・ あり ]	爪油滴: [ なし ・ あり ]	紅斑性皮疹: [ なし ・ あり ]
	眼	リウマトイド結節: [ なし ・ あり ] 乾癬: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他): ( )			
	呼吸器・循環器	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ] 所見: [ 無症候性 ・ 症候性 ]			
	消化器	胸膜炎: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ]			
	その他	腹膜炎: [ なし ・ あり ] 肝腫: [ なし ・ あり ] 脾腫: [ なし ・ あり ]			

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	D-dimer: ( )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	トリグリセリド (中性脂肪): ( )mg/dl	フィブリノゲン: ( )mg/dl
	フェリチン: ( )ng/mL・未実施	赤沈 (1時間値): ( )mm/h	CRP: ( )mg/dL
	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
	抗核抗体: ( )倍・未実施 染色型: [ 均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他 ] 染色型 (その他): ( )		
画像検査	超音波検査 (関節): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	関節液貯留: [ なし ・ あり ]	関節滑膜肥厚: [ なし ・ あり ]	付着部肥厚: [ なし ・ あり ]
	腱鞘滑膜炎: [ なし ・ あり ]	異常パワードブラ (関節内): [ なし ・ あり ]	異常パワードブラ (付着部): [ なし ・ あり ]
	所見 (その他): ( )		
	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	関節裂隙狭小化: [ なし ・ あり ]	骨びらん: [ なし ・ あり ]	関節変形 (亜脱臼・偏位・過伸展): [ なし ・ あり ]
	関節強直: [ なし ・ あり ]	指趾骨基部杯状化: [ なし ・ あり ]	脊椎の竹節様変化: [ なし ・ あり ]
	MRI検査 (関節): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	関節液貯留: [ なし ・ あり ]	滑膜肥厚: [ なし ・ あり ]	骨髄浮腫: [ なし ・ あり ]
	仙腸関節炎: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )		
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	D-dimer: ( )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	トリグリセリド (中性脂肪): ( )mg/dl	フィブリノゲン: ( )mg/dl
	フェリチン: ( )ng/mL・未実施	赤沈 (1時間値): ( )mm/h	CRP: ( )mg/dL
	抗核抗体: ( )倍・未実施	染色型: [ 均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他 ]	
	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
画像検査	超音波検査 (関節): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	関節液貯留: [ なし ・ あり ]	関節滑膜肥厚: [ なし ・ あり ]	付着部肥厚: [ なし ・ あり ]
	腱鞘滑膜炎: [ なし ・ あり ]	異常パワードブラ (関節内): [ なし ・ あり ]	異常パワードブラ (付着部): [ なし ・ あり ]
	所見 (その他): ( )		
	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	関節裂隙狭小化: [ なし ・ あり ]	骨びらん: [ なし ・ あり ]	関節変形 (亜脱臼・偏位・過伸展): [ なし ・ あり ]
	関節強直: [ なし ・ あり ]	指趾骨基部杯状化: [ なし ・ あり ]	脊椎の竹節様変化: [ なし ・ あり ]
	MRI検査 (関節): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	関節液貯留: [ なし ・ あり ]	滑膜肥厚: [ なし ・ あり ]	骨髄浮腫: [ なし ・ あり ]
	仙腸関節炎: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )		
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: ( )
	悪性疾患の合併: [ なし ・ あり ]

告示番号 **8** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **3/3**

家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴：強直脊椎炎：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴：炎症性腸疾患に伴う仙腸関節炎：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴：急性前部ぶどう膜炎：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴（その他）：( )		
疾患活動性	JADAS-27：( ) ・ 未実施		
機能障害	Sterinbrocker機能障害度分類：[ 未実施 ・ Class I ・ Class II ・ Class III ・ Class IV ] CHAQ：( )点 ・ 未実施		
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 ]      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 ]		
	免疫調整薬：金製剤： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]      免疫調整薬：サラゾスルファピリジン：[ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫調整薬：プシラミン： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]      免疫調整薬：イグラチモド： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]		
	免疫抑制薬：タクロリムス： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]      免疫抑制薬：メトトレキサート： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫抑制薬：ミゾリピン： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]      免疫抑制薬：レフルノミド： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫抑制薬：トファシチニブ：[ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]		
	生物学的製剤：トシリズマブ：[ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]      生物学的製剤：エタネルセプト： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤：アダリムマブ：[ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]      生物学的製剤：インフリキシマブ： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤：ゴリムマブ： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]      生物学的製剤：セルトリズマブベゴル：[ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤：アバタセプト：[ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]      生物学的製剤：カナキマブ： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤：アナキンラ： [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤（その他）：( )		
	抗リウマチ薬（その他）：( )		
	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 (      )		

<b>告示番号</b>	<b>9</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/3</b>
-------------	----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	<b>2 全身性エリテマトーデス</b>					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	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	全身	発熱(38℃以上2週間以上持続): [ なし・あり ]			全身倦怠感: [ なし・あり ]			浮腫: [ なし・あり ]		
		高血圧: [ なし・あり ]			溶血性貧血: [ なし・あり ]					
		全身症状(その他): ( )								
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [ なし・あり ]			筋痛: [ なし・あり ]			筋力低下: [ なし・あり ]		
		筋炎: [ なし・あり ]								
	皮膚・粘膜	日光過敏: [ なし・あり ]			レイノー現象: [ なし・あり ]			脱毛: [ なし・あり ]		
		円盤状紅斑: [ なし・あり ]			蝶形紅斑: [ なし・あり ]			口腔内潰瘍: [ なし・あり ]		
		鼻腔内潰瘍: [ なし・あり ]			皮膚・粘膜症状(その他): ( )					
眼	眼痛: [ なし・あり ]			視力低下: [ なし・あり ]			眼症状(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 ]			肺出血: [ なし・あり ]			
	肺梗塞: [ なし・あり ]			肺高血圧症: [ なし・あり ]			心膜炎: [ なし・あり ]			
	循環器・呼吸器症状(その他): ( )									
腎・泌尿器	ネフローゼ症候群: [ なし・あり ]			急性腎不全: [ なし・あり ]			慢性腎不全: [ なし・あり ]			
	腎・泌尿器症状(その他): ( )									
消化器	腹痛: [ なし・あり ]			腹膜刺激症状: [ なし・あり ]			下痢: [ 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 ]			多発単神経炎: [ なし・あり ]			
	脊髄障害: [ なし・あり ]			無菌性髄膜炎: [ なし・あり ]			器質性脳症候群: [ なし・あり ]			
	脳神経症状: [ 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	全身	発熱(38℃以上2週間以上持続): [ なし・あり ]			全身倦怠感: [ なし・あり ]			浮腫: [ なし・あり ]		
		高血圧: [ なし・あり ]			溶血性貧血: [ なし・あり ]					
		全身症状(その他): ( )								
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [ なし・あり ]			筋痛: [ なし・あり ]			筋力低下: [ なし・あり ]		
		筋炎: [ なし・あり ]								
皮膚・粘膜	日光過敏: [ なし・あり ]			レイノー現象: [ なし・あり ]			脱毛: [ なし・あり ]			
	円盤状紅斑: [ なし・あり ]			蝶形紅斑: [ なし・あり ]			口腔内潰瘍: [ なし・あり ]			
	鼻腔内潰瘍: [ なし・あり ]			皮膚・粘膜症状(その他): ( )						
眼	眼痛: [ なし・あり ]			視力低下: [ なし・あり ]			眼症状(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 ]			肺出血: [ なし・あり ]			
	肺梗塞: [ なし・あり ]			肺高血圧症: [ なし・あり ]			心膜炎: [ なし・あり ]			
	循環器・呼吸器症状(その他): ( )									

告示番号 **9** 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	腎・泌尿器	ネフローゼ症候群:[ なし ・ あり ] 腎・泌尿器症状 (その他):( )	急性腎不全:[ なし ・ あり ]	慢性腎不全:[ なし ・ あり ]
	消化器	腹痛:[ なし ・ あり ] 消化器症状 (その他):( )	腹膜刺激症状:[ なし ・ あり ]	下痢:[ なし ・ あり ]
	精神・神経	痙攣:[ なし ・ あり ] 脳出血:[ なし ・ あり ] 脊髄障害:[ なし ・ あり ] 脳神経症状:[ なし ・ あり ] 精神・神経症状 (その他):( )	意識障害:[ なし ・ あり ] 脳梗塞:[ なし ・ あり ] 無菌性髄膜炎:[ なし ・ あり ]	精神症状:[ なし ・ あり ] 多発単神経炎:[ なし ・ あり ] 器質性脳症候群:[ なし ・ あり ]
	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	白血球分画:リンパ球:( )%	網赤血球:( )%
	ヘモグロビン (Hb):( )g/dL	血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL	APTT:( )秒
血液検査	血清総ビリルビン (T-Bil):( )mg/dL	血清直接ビリルビン (D-Bil):( )mg/dL	AST:( )U/L
	ALT:( )U/L	LDH:( )U/L	血清アマラーゼ:( )U/L
	BUN:( )mg/dL	血清クレアチニン:( )mg/dL	血清IgG:( )mg/dL
	赤沈 (1時間値):( )mm/h	CRP:( )mg/dL	C3:( )mg/dL
	CH50:( )U/mL・未実施	抗核抗体:( )倍・未実施	C4:( )mg/dL
	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	
	抗カルジオリピン抗体 (IgG):( )U/mL・未実施	抗カルジオリピン抗体 (IgM):( )U/mL・未実施	
	抗CLβ2GP1抗体:( )U/mL・未実施	ループスアンチコアグラント:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	
	リウマトイド因子 (定量):( )IU/mL・未実施	血清ハプトグロビン:( )mg/dL・未実施	
	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 ] 尿中蛋白量:( )mg/dL	血尿:[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 尿蛋白量/尿中クレアチニン比:( )	一日尿蛋白量:( )g/day・未実施 尿中ウロビリノーゲン:[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
病理検査	腎生検:[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	
	INS/RPS分類 (Class):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI ]		
生理機能検査	生検 (その他):[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	
	部位:( ) 所見:( )		
画像検査	脳波検査:[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	
	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:( ) 所見:( )			
眼科学的検査	眼科学的検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		
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	白血球分画:リンパ球:( )%	網赤血球:( )%
	ヘモグロビン (Hb):( )g/dL	血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL	APTT:( )秒
血液検査	血清総ビリルビン (T-Bil):( )mg/dL	血清直接ビリルビン (D-Bil):( )mg/dL	AST:( )U/L
	ALT:( )U/L	LDH:( )U/L	血清アマラーゼ:( )U/L
	BUN:( )mg/dL	血清クレアチニン:( )mg/dL	血清IgG:( )mg/dL
	赤沈 (1時間値):( )mm/h	CRP:( )mg/dL	C3:( )mg/dL
	CH50:( )U/mL・未実施	抗核抗体:( )倍・未実施	C4:( )mg/dL
	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	
	抗カルジオリピン抗体 (IgG):( )U/mL・未実施	抗カルジオリピン抗体 (IgM):( )U/mL・未実施	
	抗CLβ2GP1抗体:( )U/mL・未実施	ループスアンチコアグラント:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	
	リウマトイド因子 (定量):( )IU/mL・未実施	血清ハプトグロビン:( )mg/dL・未実施	
	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 ] 尿中蛋白量:( )mg/dL	血尿:[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 尿蛋白量/尿中クレアチニン比:( )	一日尿蛋白量:( )g/day・未実施 尿中ウロビリノーゲン:[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
病理検査	腎生検:[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	
	INS/RPS分類 (Class):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI ]		
生理機能検査	生検 (その他):[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	
	部位:( ) 所見:( )		

告示番号	9 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		3/3
生理機能検査	脳波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
画像検査	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )		
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
合併症	抗リン脂質症候群: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )	シェーグレン症候群: [ なし ・ あり ]	
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 ] 免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]	クロロキン製剤: [ 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 ( )	

<b>告示番号</b>	<b>10</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/3</b>
-------------	-----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

<b>病名</b>	<b>3 皮膚筋炎/多発性筋炎</b>					<b>受付種別</b>	<input type="checkbox"/> 新規		
<b>受給者番号</b>			<b>受診日</b>	年 月 日					
<b>ふりがな</b>						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
<b>氏名</b> (Alphabet)									
<b>生年月日</b>	年 月 日		<b>意見書記載時の年齢</b>	歳 か月 日		<b>性別</b>	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
<b>出生体重</b>	g		<b>出生週数</b>	在胎 週 日		<b>出生時に住民登録をした所</b>	( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
<b>現在の身長・体重</b>	<b>身長 (測定日)</b>	cm ( SD)			<b>体重 (測定日)</b>	kg ( SD)		<b>BMI</b>	
		年 月 日				年 月 日	肥満度	%	
<b>発病時期</b>	年 月 頃		<b>初診日</b>	年 月 日					
<b>就学・就労状況</b>	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 ( )								
<b>手帳取得状況</b>	<b>身体障害者手帳</b>	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				<b>療育手帳</b>	なし ・ あり		
	<b>精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)</b>	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
<b>現状評価</b>	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				<b>運動制限の必要性</b>		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		
<b>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</b>									
<b>診断</b>	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 ]								
<b>症状</b>	<b>全身</b>	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): ( )								
	<b>筋・骨格</b>	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): ( )								
	<b>皮膚・粘膜</b>	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): ( )									
<b>眼</b>	網膜血管病変: [ なし ・ あり ]								
眼症状 (その他): ( )									
<b>呼吸器・循環器</b>	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): ( )									
<b>消化器</b>	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): ( )									
<b>精神・神経</b>	痙攣: [ なし ・ あり ]		精神症状: [ なし ・ あり ]						
精神・神経症状 (その他): ( )									
<b>その他</b>	症状 (その他): ( )								
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>									
<b>診断</b>	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 ]								
<b>症状</b>	<b>全身</b>	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): ( )								
	<b>筋・骨格</b>	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): ( )								
	<b>皮膚・粘膜</b>	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): ( )									
<b>眼</b>	網膜血管病変: [ なし ・ あり ]								
眼症状 (その他): ( )									
<b>呼吸器・循環器</b>	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): ( )									
<b>消化器</b>	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): ( )									

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・神経症状 (その他)：( )	精神症状：[ なし ・ あり ]	( )	
	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 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL FDP：( )μg/mL・未実施 BUN：( )mg/dL アルドラーゼ：これまでの最高値：( )U/L 赤沈 (1時間値)：( )mm/h CH50：( )U/mL・未実施	リンパ球：( )% APTT：( )秒 AST：( )U/L ALT：( )U/L 血清クレアチニン：( )mg/dL 血清IgG：( )mg/dL CRP：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL D-dimer：( )μg/mL・未実施 LDH：( )U/L CK：これまでの最高値：( )U/L KL-6：( )U/mL・未実施 C3：( )mg/dL C4：( )mg/dL	ヘマトクリット (Ht)：( )% 抗SS-A/Ro抗体：オクタロニー法：( )倍・未実施 抗SS-B/La抗体：オクタロニー法：( )倍・未実施 リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施 抗セントロメア抗体：( )U/mL・未実施 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施 自己抗体 (その他)：( )	抗SS-A/Ro抗体：EIA法：( )U/mL・未実施 抗SS-B/La抗体：EIA法：( )U/mL・未実施 抗Scl-70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RNP (U1-RNP) 抗体：( )U/mL・未実施
	尿検査	細胞円柱：[ なし ・ あり ・ 未実施 ] 一日尿蛋白量：( )g/day・未実施	血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 尿中蛋白量：( )mg/dL		
病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 筋線維の変性及び細胞浸潤：[ なし ・ あり ] 生検 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日 皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( )年 ( )月 ( )日	皮膚筋炎に合致する所見：[ なし ・ あり ]		
	生理機能検査	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見 (その他)：( ) 肺拡散能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( )年 ( )月 ( )日	筋電図筋原性変化：[ なし ・ あり ] 拘束性障害：[ なし ・ あり ] DLco：( )mL/min/mmHg		
画像検査	CT検査 (肺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 間質性陰影：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( ) MRI検査 (筋)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日 胸水：[ なし ・ あり ] 実施日：( )年 ( )月 ( )日			
	検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
血液検査	白血球数：( )/μL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL FDP：( )μg/mL・未実施 BUN：( )mg/dL アルドラーゼ：これまでの最高値：( )U/L 赤沈 (1時間値)：( )mm/h CH50：( )U/mL・未実施	リンパ球：( )% APTT：( )秒 AST：( )U/L ALT：( )U/L 血清クレアチニン：( )mg/dL 血清IgG：( )mg/dL CRP：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL D-dimer：( )μg/mL・未実施 LDH：( )U/L CK：これまでの最高値：( )U/L KL-6：( )U/mL・未実施 C3：( )mg/dL C4：( )mg/dL	ヘマトクリット (Ht)：( )% 抗SS-A/Ro抗体：オクタロニー法：( )倍・未実施 抗SS-B/La抗体：オクタロニー法：( )倍・未実施 リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施 抗セントロメア抗体：( )U/mL・未実施 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施 自己抗体 (その他)：( )	抗SS-A/Ro抗体：EIA法：( )U/mL・未実施 抗SS-B/La抗体：EIA法：( )U/mL・未実施 抗Scl-70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RNP (U1-RNP) 抗体：( )U/mL・未実施
	尿検査	細胞円柱：[ なし ・ あり ・ 未実施 ] 一日尿蛋白量：( )g/day・未実施	血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 尿中蛋白量：( )mg/dL		
病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 筋線維の変性及び細胞浸潤：[ なし ・ あり ] 生検 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日 皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( )年 ( )月 ( )日	皮膚筋炎に合致する所見：[ なし ・ あり ]		
	生理機能検査	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見 (その他)：( ) 肺拡散能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( )年 ( )月 ( )日	筋電図筋原性変化：[ なし ・ あり ] 拘束性障害：[ なし ・ あり ] DLco：( )mL/min/mmHg		
画像検査	CT検査 (肺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 間質性陰影：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( ) MRI検査 (筋)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日 胸水：[ なし ・ あり ] 実施日：( )年 ( )月 ( )日			



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 ]	ステロイド薬: [ なし ・ あり ]	ステロイドパルス療法: [ なし ・ あり ]
	クロロキン製剤: [ なし ・ あり ]	免疫調整薬: [ なし ・ あり ]	メトトレキサート: [ 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: ( )
------	--------------------------------

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 ( )			

<b>告示番号</b>	<b>7</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/3</b>
-------------	----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

<b>病名</b>	<b>4 シェーグレン (Sjogren) 症候群</b>					<b>受付種別</b>	<input type="checkbox"/> 新規						
<b>受給者番号</b>		<b>受診日</b>	年	月	日								
<b>ふりがな</b>					<b>(変更があった場合)</b> ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
<b>氏名</b> (Alphabet)													
<b>生年月日</b>	年	月	日	<b>意見書記載時の年齢</b>	歳	か月	日	<b>性別</b>	男	・	女	・	性別未決定
<b>出生体重</b>	g		<b>出生週数</b>	在胎	週	日	<b>出生時に住民登録をした所</b>	( )	都道府県	( )	市区町村		
<b>現在の身長・体重</b>	<b>身長 (測定日)</b>	cm ( SD)			<b>体重 (測定日)</b>	kg ( SD)			<b>BMI</b>	肥満度	%		
		年	月	日		年	月	日					
<b>発病時期</b>	年	月	頃	<b>初診日</b>	年	月	日						
<b>就学・就労状況</b>	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 ( )												
<b>手帳取得状況</b>	<b>身体障害者手帳</b>	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 )					<b>療育手帳</b>	なし ・ あり					
	<b>精神障害者保健福祉手帳 ( 障害者手帳 )</b>	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )											
<b>現状評価</b>	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		
<b>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</b>													
<b>症状</b>	<b>全身</b>	発熱: [ なし ・ あり ]    全身倦怠感: [ なし ・ あり ]    摂食時よく水を飲む: [ なし ・ あり ]    朝のこわばり: [ なし ・ あり ] 全身の疼痛: [ なし ・ あり ]    リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ]    溶血性貧血: [ なし ・ あり ] 全身症状 ( その他 ): ( )											
	<b>筋・骨格</b>	関節腫脹: [ なし ・ あり ]    関節痛: [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 ( その他 ): ( )											
	<b>皮膚・粘膜</b>	レイノー現象: [ なし ・ あり ]    鼻の乾燥: [ なし ・ あり ]    環状紅斑: [ なし ・ あり ]    う歯の増加: [ なし ・ あり ] 口腔の痛み: [ なし ・ あり ]    口渇: [ なし ・ あり ]    口臭: [ なし ・ あり ]    血小板減少性紫斑: [ なし ・ あり ] 高γグロブリン性紫斑: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 ( その他 ): ( )											
	<b>唾液腺</b>	耳下腺腫脹の反復: [ なし ・ あり ]    顎下腺腫脹の反復: [ なし ・ あり ]    ラヌラ: [ なし ・ あり ] 唾液腺症状 ( その他 ): ( )											
	<b>眼</b>	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ]    乾燥性角結膜炎: [ なし ・ あり ]    繰り返す眼の充血: [ なし ・ あり ] 目のかゆみ: [ なし ・ あり ]    眼の異物感: [ なし ・ あり ] 眼症状 ( その他 ): ( )											
	<b>腎・泌尿器</b>	間質性腎炎: [ なし ・ あり ]											
	<b>内分泌・代謝</b>	甲状腺腫: [ なし ・ あり ]											
	<b>精神・神経</b>	無菌性髄膜炎: [ なし ・ あり ]											
	<b>その他</b>	症状 ( その他 ): ( )											
<b>臨床所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載</b>													
<b>症状</b>	<b>全身</b>	発熱: [ なし ・ あり ]    全身倦怠感: [ なし ・ あり ]    摂食時よく水を飲む: [ なし ・ あり ]    朝のこわばり: [ なし ・ あり ] 全身の疼痛: [ なし ・ あり ]    リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ]    溶血性貧血: [ なし ・ あり ] 全身症状 ( その他 ): ( )											
	<b>筋・骨格</b>	関節腫脹: [ なし ・ あり ]    関節痛: [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 ( その他 ): ( )											
	<b>皮膚・粘膜</b>	レイノー現象: [ なし ・ あり ]    鼻の乾燥: [ なし ・ あり ]    環状紅斑: [ なし ・ あり ]    う歯の増加: [ なし ・ あり ] 口腔の痛み: [ なし ・ あり ]    口渇: [ なし ・ あり ]    口臭: [ なし ・ あり ]    血小板減少性紫斑: [ なし ・ あり ] 高γグロブリン性紫斑: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 ( その他 ): ( )											
	<b>唾液腺</b>	耳下腺腫脹の反復: [ なし ・ あり ]    顎下腺腫脹の反復: [ なし ・ あり ]    ラヌラ: [ なし ・ あり ] 唾液腺症状 ( その他 ): ( )											
	<b>眼</b>	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ]    乾燥性角結膜炎: [ なし ・ あり ]    繰り返す眼の充血: [ なし ・ あり ] 目のかゆみ: [ なし ・ あり ]    眼の異物感: [ なし ・ あり ] 眼症状 ( その他 ): ( )											
	<b>腎・泌尿器</b>	間質性腎炎: [ なし ・ あり ]											
	<b>内分泌・代謝</b>	甲状腺腫: [ なし ・ あり ]											
	<b>精神・神経</b>	無菌性髄膜炎: [ なし ・ あり ]											
	<b>その他</b>	症状 ( その他 ): ( )											

告示番号 **7** 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**

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: ( )%	網赤血球: ( )%	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL
	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	血清総ビリルビン (T-Bil): ( )mg/dL	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL	
	AST: ( )U/L	ALT: ( )U/L	LDH: ( )U/L	血清アミラーゼ: ( )U/L
	血清アミラーゼアイソザイム (膵由来): ( )%・未実施	血清アミラーゼアイソザイム (唾液腺由来): ( )%・未実施		
	BUN: ( )mg/dL	血清クレアチニン: ( )mg/dL	血清IgG: ( )mg/dL	IgG4: ( )mg/dL
	赤沈 (1時間値): ( )mm/h	CRP: ( )mg/dL		
	抗核抗体: ( )倍・未実施	染色型: [ 均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他 ]		
	染色型 (その他): ( )			
	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	血清ハプトグロビン: ( )mg/dL・未実施			
自己抗体 (その他): ( )				
ムンプスIgG (EIA): ( )・未実施	ムンプスIgM (EIA): ( )・未実施			
HBs抗原: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	HBc抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	HBs抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		
HBe抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	HIV抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]			
HCV抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	HTLV-1抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]			
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	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]		
唾液腺・涙腺分泌検査	シルマーテスト: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	シルマーテスト (右眼): ( )mm/5分	シルマーテスト (左眼): ( )mm/5分		
	ローズベンガルテスト: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	van Bijsterveldスコア (右眼): ( )点	van Bijsterveldスコア (左眼): ( )点		
	蛍光色素試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	蛍光色素試験 (右): [ 陰性 ・ 陽性 ]	蛍光色素試験 (左): [ 陰性 ・ 陽性 ]		
	ACR/SICCAスコア: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	ACR/SICCAスコア (右): ( )点	ACR/SICCAスコア (左): ( )点		
唾液自然分泌量: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	唾液自然分泌量 (結果): ( )mL/15分		
サクソントテスト: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	サクソントテスト (結果): ( )g/2分		
ガムテスト: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	ガムテスト (結果): ( )mL/10分		
病理検査	皮膚生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	皮膚筋炎に合致する所見: [ なし ・ あり ]	
	その他所見: ( )			
	口唇・小唾液腺生検: [ 未実施 ・ 細胞浸潤なし ・ 細胞浸潤あり ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	細胞浸潤の程度: [ 1 focus 未満/4mm <sup>2</sup> ・ 1 focus以上/4mm <sup>2</sup> ]	フォーカススコア: ( )		
生検 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
部位: ( )				
所見: ( )				
画像検査	シアログラフィ (耳下腺): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	Rubin-Holt分類 Stage: [ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ]	方法: [ X線 ・ MRI ]		
	シンチグラフィ (唾液腺): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
部位: ( )				
取り込み低下: [ なし ・ あり ]	酸刺激での分泌低下: [ なし ・ あり ]			
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	リンパ球: ( )%	網赤血球: ( )%	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL
	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	血清総ビリルビン (T-Bil): ( )mg/dL	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL	
	AST: ( )U/L	ALT: ( )U/L	LDH: ( )U/L	血清アミラーゼ: ( )U/L
	血清アミラーゼアイソザイム (膵由来): ( )%・未実施	血清アミラーゼアイソザイム (唾液腺由来): ( )%・未実施		
	BUN: ( )mg/dL	血清クレアチニン: ( )mg/dL	血清IgG: ( )mg/dL	IgG4: ( )mg/dL
	赤沈 (1時間値): ( )mm/h	CRP: ( )mg/dL		
	抗核抗体: ( )倍・未実施	染色型: [ 均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他 ]		
	染色型 (その他): ( )			
	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	血清ハプトグロビン: ( )mg/dL・未実施			
自己抗体 (その他): ( )				
ムンプスIgG (EIA): ( )・未実施	ムンプスIgM (EIA): ( )・未実施			
HBs抗原: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	HBc抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	HBs抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		
HBe抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	HIV抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]			
HCV抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	HTLV-1抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]			
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	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]		
唾液腺・涙腺分泌検査	シルマーテスト: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	シルマーテスト (右眼): ( )mm/5分	シルマーテスト (左眼): ( )mm/5分		

告示番号	7 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)			3/3
唾液腺・ 涙腺分泌検査	ローゼンガルテスト: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	van Bijsterveldスコア (右眼): ( ) 点	van Bijsterveldスコア (左眼): ( ) 点		
	蛍光色素試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	蛍光色素試験 (右): [ 陰性 ・ 陽性 ]	蛍光色素試験 (左): [ 陰性 ・ 陽性 ]		
	ACR/SICCAスコア: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	ACR/SICCAスコア (右): ( ) 点	ACR/SICCAスコア (左): ( ) 点		
病理検査	唾液自然分泌量: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	唾液自然分泌量 (結果): ( ) mL/15分	
	サクソンテスト: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	サクソンテスト (結果): ( ) g/2分	
	ガムテスト: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	ガムテスト (結果): ( ) mL/10分	
	皮膚生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	皮膚筋炎に合致する所見: [ なし ・ あり ]	
	その他所見: ( )			
	口唇・小唾液腺生検: [ 未実施 ・ 細胞浸潤なし ・ 細胞浸潤あり ]	実施日: ( 年 月 日 )	細胞浸潤の程度: [ 1 focus 未満/4mm <sup>2</sup> ・ 1 focus 以上/4mm <sup>2</sup> ]	フォーカススコア: ( )
画像検査	シアログラフィ (耳下腺): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	Rubin-Holt分類 Stage: [ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ]	方法: [ X線 ・ MRI ]		
	シンチグラフィ (唾液腺): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	部位: ( )	
	取り込み低下: [ なし ・ あり ]	酸刺激での分泌低下: [ なし ・ あり ]		
	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: ( )			
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 ]	
	人工唾液: [ なし ・ あり ]			
	唾液分泌促進薬: セビメリン: [ なし ・ あり ]	ピロカルピン: [ なし ・ あり ]	プロムヘキシシ: [ なし ・ あり ]	
	漢方薬: [ なし ・ あり ]			
	点眼薬: ヒアルロン酸: [ なし ・ あり ]	ジクアスホル: [ なし ・ あり ]	レバミピド: [ なし ・ あり ]	
	人工涙液: [ 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 ( )	

告示番号		6		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	5 抗リン脂質抗体症候群					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	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	全身	溶血性貧血:[ なし・あり ]				血小板減少症(10万未満):[ なし・あり ]				
	呼吸器・循環器	肺塞栓症:[ なし・あり ] 診断方法:( )								
		動脈血栓症:[ なし・あり ] 部位:( ) 詳細:( )								
		静脈血栓症:[ なし・あり ] 部位:( ) 詳細:( )								
		血栓性微小血管障害:[ なし・あり ] 部位:( ) 詳細:( )								
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	溶血性貧血:[ なし・あり ]				血小板減少症(10万未満):[ なし・あり ]				
	呼吸器・循環器	肺塞栓症:[ なし・あり ] 診断方法:( )								
		動脈血栓症:[ なし・あり ] 部位:( ) 詳細:( )								
		静脈血栓症:[ なし・あり ] 部位:( ) 詳細:( )								
		血栓性微小血管障害:[ なし・あり ] 部位:( ) 詳細:( )								
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	ヘモグロビン(Hb):( )g/dL		実施日:( )年( )月( )日							
	血小板数:( ) $\times 10^4/\mu\text{L}$		実施日:( )年( )月( )日							
	網赤血球:( )%		PT:( )秒		PT:( )%		PT-INR:( )			
	APTT:( )秒		D-dimer:( ) $\mu\text{g/mL}$ ・未実施		FDP:( ) $\mu\text{g/mL}$ ・未実施					
	血清間接ビリルビン:( )mg/dL		C3:( )mg/dL		C4:( )mg/dL		CH50:( )U/mL・未実施			
ループスアンチコアグラント:[ 未実施・陰性・陽性 ]					血清梅毒反応:[ 未実施・陰性・陽性 ]					

告示番号 **6** 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**

血液検査	抗カルジオリピン抗体 (IgG) : 1回目 : ( ) U/mL ・ 未実施 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )	抗カルジオリピン抗体 (IgG) : 2回目 : ( ) U/mL ・ 未実施 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )
	抗カルジオリピン抗体 (IgM) : 1回目 : ( ) U/mL ・ 未実施 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )	抗カルジオリピン抗体 (IgM) : 2回目 : ( ) U/mL ・ 未実施 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )
	抗カルジオリピン・β <sub>2</sub> GP1複合体抗体 : 1回目 : ( ) U/mL ・ 未実施 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )	抗カルジオリピン・β <sub>2</sub> GP1複合体抗体 : 2回目 : ( ) U/mL ・ 未実施 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )
	抗β <sub>2</sub> GP1抗体 : 1回目 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )	抗β <sub>2</sub> GP1抗体 : 2回目 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )
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 : ( ) 所見 : ( )	
	血管造影 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )	
	核医学検査 : [ 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	ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )	血小板数 : ( ) ×10 <sup>4</sup> /μL 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 )
	網赤血球 : ( ) % PT : ( ) 秒 PT : ( ) % PT-INR : ( )	APTT : ( ) 秒 D-dimer : ( ) μg/mL ・ 未実施 FDP : ( ) μg/mL ・ 未実施
	血清間接ビリルビン : ( ) mg/dL C3 : ( ) mg/dL C4 : ( ) mg/dL CH50 : ( ) U/mL ・ 未実施	ループスアンチコアグラント : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 血清梅毒反応 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]
	抗カルジオリピン抗体 (IgG) : ( ) U/mL ・ 未実施	抗カルジオリピン抗体 (IgM) : ( ) U/mL ・ 未実施
	抗カルジオリピン・β <sub>2</sub> GP1複合体抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施	抗β <sub>2</sub> GP1抗体 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]

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 : ( ) 所見 : ( )	
	血管造影 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )	
	核医学検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )	

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	抗凝固薬 : [ なし ・ あり ] 抗血小板薬 : [ なし ・ あり ]
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 ( )

<b>告示番号</b>	<b>11</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書</b>	<b>〈新規申請用〉</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	------------	------------	-----------	-----------------------	----------------	------------

病名	<b>6 ベーチェット (Behcet) 病</b>						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												
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 ]
	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: ( )				
	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 ]					
	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 ]					
	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 ]					
	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 ]
	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: ( )				
	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 ]					
	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 ]					
	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 ]					
	その他	症状 (その他): ( )										

告示番号 <b>11</b> 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 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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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 ] 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：( )		
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 ( )		



<b>告示番号</b>	<b>4</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/3</b>
-------------	----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

<b>病名</b>	<b>7 高安動脈炎 (大動脈炎症候群)</b>					<b>受付種別</b>	<input type="checkbox"/> 新規		
<b>受給者番号</b>				<b>受診日</b>	年 月 日				
<b>ふりがな</b>					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
<b>生年月日</b>	年 月 日		<b>意見書記載時の年齢</b>		歳 か月 日		<b>性別</b>	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
<b>出生体重</b>	g		<b>出生週数</b>	在胎 週 日		<b>出生時に住民登録をした所</b>		( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
<b>現在の身長・体重</b>	<b>身長 (測定日)</b>	cm ( SD)			<b>体重 (測定日)</b>	kg ( SD)		<b>BMI</b>	
		年 月 日		年 月 日		<b>肥満度</b>	%		
<b>発病時期</b>	年 月 頃		<b>初診日</b>	年 月 日					
<b>就学・就労状況</b>	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 ( )								
<b>手帳取得状況</b>	<b>身体障害者手帳</b>	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 )				<b>療育手帳</b>	なし ・ あり		
	<b>精神障害者保健福祉手帳 ( 障害者手帳 )</b>			なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )					
<b>現状評価</b>	<b>治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能</b>				<b>運動制限の必要性</b>		なし ・ あり		
	<b>人工呼吸器等装着者認定基準に該当</b>		する ・ しない ・ 不明		<b>小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当</b>		する ・ しない ・ 不明		
<b>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</b>									
<b>病型</b>	病型 ( 高安動脈炎 ) : [ 弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型 ( 動脈瘤型 ) ・ 不明 ]								
	病型 ( 高安動脈炎、血管造影所見による ) : [ I ・ II a ・ II b ・ III ・ IV ・ V ]								
	診断の根拠 ( 高安動脈炎 ) : [ 画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状 ( 脈なし、血圧左右差 ) ・ 頭部乏血症状 ( 失明、視力障害等 ) ・ その他 ] 診断の根拠 ( 高安動脈炎、その他 ) : ( )								
<b>症状</b>	<b>全身</b>	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 ) : ( )								
	<b>筋・骨格</b>	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 ) : ( )								
	<b>皮膚・粘膜</b>	レイノー・四肢の冷感 : [ なし ・ あり ]		リパドー ( 網状皮斑 ) : [ 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 ) : ( )					
	<b>眼</b>	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 ) : ( )			
<b>耳鼻咽喉</b>	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 ) : ( )						
<b>呼吸器・循環器</b>	胸膜炎 : [ なし ・ あり ]		間質性肺炎 : [ なし ・ あり ]		血痰・咯血 : [ なし ・ あり ]		肺泡出血 : [ 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 ) : ( )								
<b>腎・泌尿器</b>	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 ) : ( )									
<b>消化器</b>	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 ) : ( )									
<b>精神・神経</b>	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 ) : ( )						
<b>その他</b>	症状 ( その他 ) : ( )								
<b>臨床所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載</b>									
<b>病型</b>	病型 ( 高安動脈炎 ) : [ 弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型 ( 動脈瘤型 ) ・ 不明 ]								
	病型 ( 高安動脈炎、血管造影所見による ) : [ I ・ II a ・ II b ・ III ・ IV ・ V ]								
	診断の根拠 ( 高安動脈炎 ) : [ 画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状 ( 脈なし、血圧左右差 ) ・ 頭部乏血症状 ( 失明、視力障害等 ) ・ その他 ] 診断の根拠 ( 高安動脈炎、その他 ) : ( )								

告示番号 **4** 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	全身	発熱: [ なし ・ あり ] 浮腫: [ なし ・ あり ] 全身症状 (その他): ( )	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 高血圧: [ なし ・ あり ]	体重減少: [ なし ・ あり ] リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ]	易疲労性: [ なし ・ あり ]
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 (その他): ( )	関節痛: [ なし ・ あり ]	筋痛: [ なし ・ あり ]	筋力低下: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	レイノー・四肢の冷感: [ なし ・ あり ] 皮下結節: [ なし ・ あり ] 潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他): ( )	リペドー (網状皮斑): [ なし ・ あり ] 壊疽: [ なし ・ あり ]	結節性紅斑: [ なし ・ あり ] 紫斑: [ なし ・ あり ]	口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]
	眼	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ] 白斑: [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他): ( )	上強膜炎: [ なし ・ あり ] 視力障害: [ なし ・ あり ]	結膜炎: [ なし ・ あり ]	眼底出血: [ なし ・ あり ]
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ] 副鼻腔炎: [ なし ・ あり ] めまい: [ なし ・ あり ] 耳鼻咽喉症状 (その他): ( )	鼻閉: [ なし ・ あり ] 中耳炎: [ なし ・ あり ]	嚔声: [ なし ・ あり ] 鞍鼻: [ なし ・ あり ]	気道閉塞: [ なし ・ あり ] 難聴: [ なし ・ あり ]
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [ なし ・ あり ] 肺高血圧症: [ なし ・ あり ] 胸痛・胸部圧迫感: [ 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): ( )	間質性肺炎: [ なし ・ あり ] 咳嗽: [ なし ・ あり ] 間欠跛行: [ なし ・ あり ]	血痰・咯血: [ なし ・ あり ] 息切れ: [ なし ・ あり ] 脈拍欠損: [ なし ・ あり ]	肺胞出血: [ なし ・ あり ] 動悸: [ なし ・ あり ] 血管雑音: [ なし ・ あり ]
	腎・泌尿器	急性腎不全: [ なし ・ あり ] 腎・泌尿器症状 (その他): ( )	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 ]
	消化器	吐血: [ なし ・ あり ] 消化器症状 (その他): ( )	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 ]
	精神・神経	痙攣: [ なし ・ あり ] 脳梗塞: [ なし ・ あり ] 無菌性髄膜炎: [ なし ・ あり ] 精神・神経症状 (その他): ( )	意識障害: [ なし ・ あり ] 脊髄障害: [ なし ・ あり ]	精神症状: [ なし ・ あり ] 麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	脳出血: [ なし ・ あり ] 多発性単神経炎: [ なし ・ あり ]
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 ヘマトクリット (Ht): ( )% D-dimer: ( )μg/mL・未実施 CH50: ( )U/mL・未実施 赤沈 (1時間値): ( )mm/h KL-6: ( )U/mL・未実施 MPO-ANCA: ( )IU/mL・未実施	リンパ球: ( )% 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL FDP: ( )μg/mL・未実施 血清IgG: ( )mg/dL CRP: ( )mg/dL リウマトイド因子 (定量): ( )IU/mL・未実施 抗GBM抗体: ( )U/mL・未実施	好酸球: ( )% PT-INR: ( ) 血清クレアチニン: ( )mg/dL 血清IgE: ( )IU/mL 抗核抗体: ( )倍・未実施 PR3-ANCA: ( )IU/mL・未実施	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL APTT: ( )秒
	尿検査	細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ] 尿中蛋白量: ( )mg/dL	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
便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]			
画像検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )		
	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )		
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )		
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )		
	MRA検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )		
	血管造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )		
	PET検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )		
画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )			

告示番号 **4** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)

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 <sup>4</sup> /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
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：( ) 所見：( )
	MRA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：( )
	PET検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
	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	冠動脈病変：[ なし ・ あり ] 肺動脈病変：[ なし ・ あり ] 大動脈瘤：[ なし ・ あり ] 解離性大動脈瘤：[ なし ・ あり ] 大動脈弁閉鎖不全：[ なし ・ あり ] 大動脈弁直上の大動脈径：( )mm 大動脈弁閉鎖不全の程度 (カラードプラ法)：[ わずかな逆流 ・ 僧帽弁前尖まで ・ 乳頭筋まで ・ 心尖まで ] 大動脈弁変化：[ なし ・ あり ] 気管支喘息：[ なし ・ あり ] 合併症 (その他)：( )
重症度分類	重症度 (高安動脈炎)：[ 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	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 ( )

<b>告示番号</b>	<b>5</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/3</b>
-------------	----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	<b>8 多発血管炎性肉芽腫症</b>					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	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 ]			
	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 ]	
	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 ]	肺泡出血:[ 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 ]	
	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 ]	血圧差(左右または上下肢の血圧差10mmHg以上):[ なし・あり ]					
	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 ]	循環器・呼吸器症状(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 ]	無菌性髄膜炎:[ 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											
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 ]			
	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):( )		

告示番号 **5** 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	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 ] 肺泡出血:[ 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 (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:( )% 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 <sup>4</sup> /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 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
便検査	便潜血:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]
病理検査	生検:[ 未実施 ・ 実施 ] 部位:( ) 所見:( ) 実施日:( 年 月 日 )
	超音波検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 部位:( ) 所見:( ) 実施日:( 年 月 日 )
	CT検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 部位:( ) 所見:( ) 実施日:( 年 月 日 )
	MRI検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 部位:( ) 所見:( ) 実施日:( 年 月 日 )
	MRA検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 部位:( ) 所見:( ) 実施日:( 年 月 日 )
	PET検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 部位:( ) 所見:( ) 実施日:( 年 月 日 )
	血管造影:[ 未実施 ・ 実施 ] 部位:( ) 所見:( ) 実施日:( 年 月 日 )
画像検査 (その他):[ 未実施 ・ 実施 ] 検査名:( ) 部位:( ) 所見:( ) 実施日:( 年 月 日 )	

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 <sup>4</sup> /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 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

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: ( ) 所見: ( )		
	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(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): ( )	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [ なし ・ あり ] 顔面変形: [ なし ・ あり ]	気道狭窄: [ なし ・ あり ]
重症度分類	重症度(多発血管炎性肉芽腫症): [ 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 経過: [ 軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他 ] 症状の進行性: [ なし ・ あり ] 経過(その他): ( )		
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: ( )		
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	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 ( )		

告示番号 **1** 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	<b>9 結節性多発血管炎 (結節性多発動脈炎)</b>					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	リペダー:[ 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 ]		肺泡出血:[ 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):( )								
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	リペダー:[ 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):( )								

告示番号 **1** 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	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 ] 肺泡出血：[ 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 (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：( )% 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 <sup>4</sup> /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 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
便検査	便潜血：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]
病理検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( ) 実施日：( 年 月 日 )
	超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( ) 実施日：( 年 月 日 )
	CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( ) 実施日：( 年 月 日 )
	MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( ) 実施日：( 年 月 日 )
	MRA検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( ) 実施日：( 年 月 日 )
	PET検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( ) 実施日：( 年 月 日 )
	血管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( ) 実施日：( 年 月 日 )
画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 検査名：( ) 部位：( ) 所見：( ) 実施日：( 年 月 日 )	

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 <sup>4</sup> /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 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



告示番号 **1** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **3/3**

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: ( ) 所見: ( )		
	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(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 ] 強心薬: [ なし ・ あり ]	生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ 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: ( )		
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	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 ( )		

告示番号		2		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	10 顕微鏡的多発血管炎								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		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 ]		肺泡出血: [ 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): ( )												
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): ( )												

告示番号 **2** 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	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 ] 肺泡出血:[ 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 (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:( )% 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 <sup>4</sup> /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
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:( )
	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:( ) 所見:( )
	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 (その他):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 検査名:( ) 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:( )% 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 <sup>4</sup> /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

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: ( ) 所見: ( )		
	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(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 ]	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [ なし ・ あり ] 合併症(その他): ( )	気道狭窄: [ なし ・ あり ]
重症度分類	重症度(顕微鏡的多発血管炎): [ 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 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 ] 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: ( )		
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	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 ( )		

<b>告示番号</b>	<b>3</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/3</b>
-------------	----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	<b>11 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症</b>					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		
<b>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</b>									
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 ]		肺泡出血: [ 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): ( )								
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>									
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): ( )								

告示番号 **3** 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**

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 (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：( )% 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 <sup>4</sup> /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 血清IgG：( )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
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：( ) 所見：( )
	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 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 検査名：( ) 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：( )% 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 <sup>4</sup> /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 血清IgG：( )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

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: ( )			
画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	検査名: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
	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 ]	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [ なし ・ あり ]	気道狭窄: [ なし ・ あり ]
	大腿骨頭壊死: [ なし ・ あり ]	顔面変形: [ なし ・ あり ]	合併症 (その他): ( )
重症度分類	重症度 (好酸球性多発血管炎性肉芽腫症): [ 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	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 ( )		

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	<b>12 再発性多発軟骨炎</b>					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	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	嗄声:[ 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 ]								
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	嗄声:[ 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 ]								
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):( )										



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 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL CRP：( )mg/dL MMP-3：( )ng/mL・未実施	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施 抗CCP抗体：( )U/mL・未実施	ヘマトクリット (Ht)：( )% 赤沈 (1時間値)：( )mm/h リウマトイド因子 (定量)：( )IU/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 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL CRP：( )mg/dL MMP-3：( )ng/mL・未実施	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施 抗CCP抗体：( )U/mL・未実施	ヘマトクリット (Ht)：( )% 赤沈 (1時間値)：( )mm/h リウマトイド因子 (定量)：( )IU/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 ] 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 (      )		

告示番号 **23** 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	<b>13 全身性強皮症</b>					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															
症状	皮膚・粘膜	スキンスコア値 (total skin thickness score) : ( ) ・ 未実施													
		皮膚硬化 (体幹) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (上腕) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (前腕) : [ なし ・ あり ]											
		皮膚硬化 (手背) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (手指) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (足趾) : [ なし ・ あり ]											
	皮膚硬化 (足背) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (下腿) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (大腿) : [ なし ・ あり ]												
	レイノー現象 : [ なし ・ あり ]	手指先端部の虫食い状癬痕 : [ なし ・ あり ]	爪上皮内出血点 : [ なし ・ あり ]												
	皮膚・粘膜症状 (その他) : ( )														
	呼吸器・循環器	息切れ : [ なし ・ あり ]	動悸 : [ なし ・ あり ]	両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [ なし ・ あり ]											
	循環器	循環器・呼吸器症状 (その他) : ( )													
	消化器	胸やけ : [ なし ・ あり ]	胃食道逆流症 : [ なし ・ あり ]	食物のつかえ : [ なし ・ あり ]											
	消化器	消化器症状 (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	皮膚・粘膜	スキンスコア値 (total skin thickness score) : ( ) ・ 未実施													
		皮膚硬化 (体幹) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (上腕) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (前腕) : [ なし ・ あり ]											
		皮膚硬化 (手背) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (手指) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (足趾) : [ なし ・ あり ]											
	皮膚硬化 (足背) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (下腿) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (大腿) : [ なし ・ あり ]												
	レイノー現象 : [ なし ・ あり ]	手指先端部の虫食い状癬痕 : [ なし ・ あり ]	爪上皮内出血点 : [ なし ・ あり ]												
	皮膚・粘膜症状 (その他) : ( )														
	呼吸器・循環器	息切れ : [ なし ・ あり ]	動悸 : [ なし ・ あり ]	両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [ なし ・ あり ]											
	循環器	循環器・呼吸器症状 (その他) : ( )													
	消化器	胸やけ : [ なし ・ あり ]	胃食道逆流症 : [ なし ・ あり ]	食物のつかえ : [ なし ・ あり ]											
	消化器	消化器症状 (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	抗核抗体 : ( )倍 ・ 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RNP (U1-RNP) 抗体 : ( )U/mL ・ 未実施												
	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]														
	筋炎特異的抗体 (その他) : ( )														
病理検査	皮膚生検 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )					前腕伸側硬化 : [ なし ・ あり ]									
	所見 : ( )														
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
血液検査	抗核抗体 : ( )倍 ・ 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RNP (U1-RNP) 抗体 : ( )U/mL ・ 未実施												
	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]														
	筋炎特異的抗体 (その他) : ( )														

告示番号 **23** 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**

病理検査	皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 前腕伸側硬化：[ なし ・ あり ] 所見：( )		
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
鑑別診断	限局性強皮症：[ なし ・ あり ]		
合併症	シェーグレン症候群：[ なし ・ あり ] 逆流性食道炎：[ なし ・ あり ] 強皮症腎クリーゼ：[ なし ・ あり ] 合併症 (その他)：( )		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
臨床経過	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 ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] プロスタサイクリン：[ なし ・ あり ] ACE阻害薬：[ 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 ( )		

告示番号 **24** 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	<b>14 混合性結合組織病</b>					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		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	中核的所見	レイノー現象: [ なし ・ あり ] 抗RNP (U1-RNP) 抗体: [ 陰性 ・ 陽性 ]						
	臨床および検査所見	手指の腫脹・浮腫: [ なし ・ あり ] 顔面紅斑: [ なし ・ あり ] 関節炎: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 筋炎所見(筋原酵素上昇、筋電図所見、生検所見のいずれか): [ なし ・ あり ] 高ガンマグロブリン血症(血清分画の20%以上): [ なし ・ あり ] リウマトイド因子: [ 陰性 ・ 陽性 ] 白血球数減少 (<4000/μL) または血小板数減少 (<100,000/μL未滿): [ なし ・ あり ]						
	他の疾患との鑑別	全身性エリテマトーデス: [ 満たさない ・ 満たす ] 強皮症: [ 満たさない ・ 満たす ] 皮膚筋炎/多発性筋炎: [ 満たさない ・ 満たす ] 若年性特発性関節炎: [ 満たさない ・ 満たす ]						
症状	全身	リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ]						
	筋・骨格	多発関節炎: [ なし ・ あり ] 筋力低下: [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 (その他): ( )						
	皮膚・粘膜	手指または手背の腫脹: [ なし ・ あり ] 顔面紅斑: [ なし ・ あり ] 近位部の皮膚硬化: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (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 ] 肺高血圧症: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他): ( )						
	消化器	食道蠕動低下または拡張: [ なし ・ あり ] 消化器症状 (その他): ( )						
	精神・神経	中枢神経症状: [ 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	全身	リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ]						
	筋・骨格	多発関節炎: [ なし ・ あり ] 筋力低下: [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 (その他): ( )						
	皮膚・粘膜	手指または手背の腫脹: [ なし ・ あり ] 顔面紅斑: [ なし ・ あり ] 近位部の皮膚硬化: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (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 ] 肺高血圧症: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他): ( )						
	消化器	食道蠕動低下または拡張: [ なし ・ あり ] 消化器症状 (その他): ( )						
	精神・神経	中枢神経症状: [ なし ・ あり ] 精神・神経症状 (その他): ( )						
	その他	症状 (その他): ( )						

告示番号 <b>24</b> 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	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      赤沈 (1時間値): ( ) mm/h      CRP: ( ) mg/dL	
	抗核抗体: ( ) 倍・未実施      染色型: [ 均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他 ] 染色型 (その他): ( )	
	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 筋炎特異的抗体 (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	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 ) INS/RPS分類 (Class): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI ]	
	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	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またはMRI検査: [ 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	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      赤沈 (1時間値): ( ) mm/h      CRP: ( ) mg/dL	
	抗核抗体: ( ) 倍・未実施      染色型: [ 均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他 ] 染色型 (その他): ( )	
	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 筋炎特異的抗体 (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	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 ) INS/RPS分類 (Class): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI ]	
	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	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またはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 ) 部位: ( ) 所見: ( )	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	逆流性食道炎: [ なし ・ あり ] 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 ]      ステロイドパルス療法: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]      循環改善薬: [ なし ・ あり ]	
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 (      )	

告示番号		14		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	15 家族性地中海熱								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		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	コルヒチンに対する反応性: [ なし ・ あり ]												
基本情報	発症年齢: ( ) 歳												
診断	必須項目	発熱: 12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す: [ なし ・ あり ] 持続時間: 1回目: ( ) 時間 持続時間: 2回目: ( ) 時間 持続時間: 3回目: ( ) 時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める: [ なし ・ あり ] 発作間歇期にはこれらが消失する: [ なし ・ あり ]											
	補助項目	非限局性の腹膜炎による腹痛: [ なし ・ あり ] 胸膜炎による胸背部痛: [ なし ・ あり ] 関節炎: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ] 精巣漿膜炎: [ なし ・ あり ] 髄膜炎による頭痛: [ なし ・ あり ] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減: [ なし ・ あり ]											
症状 ( 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	コルヒチンに対する反応性: [ なし ・ あり ]												
診断	必須項目	発熱: 12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す: [ なし ・ あり ] 持続時間: 1回目: ( ) 時間 持続時間: 2回目: ( ) 時間 持続時間: 3回目: ( ) 時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める: [ なし ・ あり ] 発作間歇期にはこれらが消失する: [ なし ・ あり ]											
	補助項目	非限局性の腹膜炎による腹痛: [ なし ・ あり ] 胸膜炎による胸背部痛: [ なし ・ あり ] 関節炎: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ] 精巣漿膜炎: [ なし ・ あり ] 髄膜炎による頭痛: [ なし ・ あり ] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減: [ なし ・ あり ]											
症状 ( 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	赤沈 ( 1 時間値 ): 発作時: ( ) mm/h CRP: 発作時: ( ) mg/dL 血清アミロイドA: 発作時: ( ) μg/mL ・ 未実施 プロカルシトニン: 発作時: ( ) ng/mL ・ 未実施						赤沈 ( 1 時間値 ): 非発作時: ( ) mm/h CRP: 非発作時: ( ) mg/dL 血清アミロイドA: 非発作時: ( ) μg/mL ・ 未実施 プロカルシトニン: 非発作時: ( ) ng/mL ・ 未実施						
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) MEFV遺伝子異常: [ なし ・ あり ] Exon 10 の変異 ( M694I, M680I, M694V, V726A : ヘテロ変異を含む ): [ なし ・ あり ] Exon 10 以外の変異 ( E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C 等 : ヘテロの変異を含む ): [ なし ・ あり ]												
検査所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載													
血液検査	赤沈 ( 1 時間値 ): 発作時: ( ) mm/h CRP: 発作時: ( ) mg/dL 血清アミロイドA: 発作時: ( ) μg/mL ・ 未実施 プロカルシトニン: 発作時: ( ) ng/mL ・ 未実施						赤沈 ( 1 時間値 ): 非発作時: ( ) mm/h CRP: 非発作時: ( ) mg/dL 血清アミロイドA: 非発作時: ( ) μg/mL ・ 未実施 プロカルシトニン: 非発作時: ( ) ng/mL ・ 未実施						
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) MEFV遺伝子異常: [ なし ・ あり ] Exon 10 の変異 ( M694I, M680I, M694V, V726A : ヘテロ変異を含む ): [ なし ・ あり ] Exon 10 以外の変異 ( E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C 等 : ヘテロの変異を含む ): [ なし ・ あり ]												

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 ]	コルチヒン: [ 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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

告示番号 **16** 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	16 クリオピリン関連周期熱症候群					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		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								
病型	病型分類 (クリオピリン関連周期熱症候群): [ CINCA 症候群 ・ マックル・ウェルズ症候群 ・ 家族性寒冷自己炎症症候群 ]							
基本情報	発症年齢: ( ) 歳							
症状	全身	初発症状: ( )						
		低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]						
		発熱: [ なし ・ あり ] 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						
		寒冷誘発炎症: [ なし ・ あり ]						
		詳細: ( )						
	筋・骨格	漿膜炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( )						
		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): ( )						
		関節腫脹: [ なし ・ あり ] 発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]						
	皮膚・粘膜	関節痛: [ なし ・ あり ] 発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]						
		関節熱感: [ なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]						
		骨幹端過形成: [ なし ・ あり ] 部位: ( )						
		尋麻疹様皮疹: [ なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]						
眼	皮疹 (その他): ( )							
	結膜炎: [ なし ・ あり ] 発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]							
耳鼻咽喉	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ] 視神経乳頭浮腫: [ なし ・ あり ]							
	感冒性難聴: [ なし ・ あり ]							
精神・神経	消化器							
	嘔吐: [ なし ・ あり ] 炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]							
	頭痛: [ なし ・ あり ] 頭痛: 発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ] 無菌性髄膜炎: [ なし ・ あり ]							
	精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]							
その他	移動障害: [ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ]							
	神経症状: [ なし ・ あり ]							
	詳細: ( )							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
病型	病型分類 (クリオピリン関連周期熱症候群): [ CINCA 症候群 ・ マックル・ウェルズ症候群 ・ 家族性寒冷自己炎症症候群 ]							
症状	全身	初発症状: ( )						
		低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]						
		発熱: [ なし ・ あり ] 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						
		寒冷誘発炎症: [ なし ・ あり ]						
		詳細: ( )						
漿膜炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( )								
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): ( )								



告示番号 **16** 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**

症状	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]
		関節痛: [ なし ・ あり ] 発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]
		関節熱感: [ なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]
		骨幹端過形成: [ なし ・ あり ] 部位: ( )
	皮膚・粘膜	蕁麻疹様皮疹: [ なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]
		皮疹 (その他): ( )
	眼	結膜炎: [ なし ・ あり ] 発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]
		ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ] 視神経乳頭浮腫: [ なし ・ あり ]
	耳鼻咽喉	感音性難聴: [ なし ・ あり ]
	消化器	嘔吐: [ なし ・ あり ] 炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]
精神・神経	頭痛: [ なし ・ あり ] 頭痛:発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ] 無菌性髄膜炎: [ なし ・ あり ]	
	精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]	
	移動障害: [ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ]	
その他	神経症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )	
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	赤沈 (1時間値): これまでの最高値: ( )mm/h 赤沈 (1時間値): これまでの最低値: ( )mm/h
	CRP: これまでの最高値: ( )mg/dL CRP: これまでの最低値: ( )mg/dL
	血清アミロイドA: これまでの最高値: ( )µg/mL・未実施 血清アミロイドA: これまでの最低値: ( )µg/mL・未実施
	プロカルシトニン: これまでの最高値: ( )ng/mL・未実施 プロカルシトニン: これまでの最低値: ( )ng/mL・未実施
自己抗体 (その他): ( )	
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	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) NLRP3疾患関連変異: [ なし ・ あり ]
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	赤沈 (1時間値): これまでの最高値: ( )mm/h 赤沈 (1時間値): これまでの最低値: ( )mm/h
	CRP: これまでの最高値: ( )mg/dL CRP: これまでの最低値: ( )mg/dL
	血清アミロイドA: これまでの最高値: ( )µg/mL・未実施 血清アミロイドA: これまでの最低値: ( )µg/mL・未実施
	プロカルシトニン: これまでの最高値: ( )ng/mL・未実施 プロカルシトニン: これまでの最低値: ( )ng/mL・未実施
自己抗体 (その他): ( )	
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	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) NLRP3疾患関連変異: [ なし ・ あり ]
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: ( )
予防接種歴 (生ワクチン)	BCG: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]
	麻疹: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]
	水痘: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]
	ムンプス: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]
	風疹: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]
	ロタウイルス: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]
	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 ] コルチヒン: [ 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 ]
	カナキマブ: [ なし ・ あり ] カナキマブ: 1回投与量: ( )mg カナキマブ: 体重当たり1回投与量: ( )mg/kg
カナキマブ: 投与間隔: ( )週間間隔	
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 ( ) \_\_\_\_\_

<b>告示番号</b>	<b>18</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	17 TNF受容体関連周期性症候群					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 (38℃以上): [ なし ・ あり ]      発熱 (38℃未満): [ なし ・ あり ]      発熱期間:( )日間 熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 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):( )												
		筋痛: [ なし ・ あり ] 部位:( ) 筋膜炎: [ なし ・ あり ] 部位:( ) 関節腫脹: [ なし ・ あり ]      関節痛: [ なし ・ あり ]												
	皮膚・粘膜	皮疹: [ なし ・ あり ] 詳細:( )												
	眼	結膜炎: [ なし ・ あり ] 詳細:( ) 眼窩周囲浮腫: [ なし ・ あり ] 詳細:( )												
	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感: [ なし ・ あり ]												
	消化器	腹痛: [ なし ・ あり ] 部位:( )												
	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 (38℃以上): [ なし ・ あり ]      発熱 (38℃未満): [ なし ・ あり ]      発熱期間:( )日間 熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 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):( )														
筋痛: [ なし ・ あり ] 部位:( ) 筋膜炎: [ なし ・ あり ] 部位:( ) 関節腫脹: [ なし ・ あり ]      関節痛: [ なし ・ あり ]														
皮膚・粘膜		皮疹: [ なし ・ あり ] 詳細:( )												
眼		結膜炎: [ なし ・ あり ] 詳細:( ) 眼窩周囲浮腫: [ なし ・ あり ] 詳細:( )												

告示番号 **18** 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**

症状	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感：[ なし ・ あり ]
	消化器	腹痛：[ なし ・ あり ] 部位：( )
	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	フェリチン：これまでの最高値：( )ng/mL・未実施	フェリチン：これまでの最低値：( )ng/mL・未実施
	赤沈 (1時間値)：これまでの最高値：( )mm/h	赤沈 (1時間値)：これまでの最低値：( )mm/h
	CRP：これまでの最高値：( )mg/dL	CRP：これまでの最低値：( )mg/dL
	血清アミロイドA：これまでの最高値：( )μg/mL・未実施	血清アミロイドA：これまでの最低値：( )μg/mL・未実施
	プロカルシトニン：これまでの最高値：( )ng/mL・未実施	プロカルシトニン：これまでの最低値：( )ng/mL・未実施
	TNF-alpha：これまでの最高値：( )pg/mL・未実施	TNF-alpha：これまでの最低値：( )pg/mL・未実施
	リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施	抗CCP抗体：( )U/mL・未実施
	自己抗体 (その他)：( )	

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	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )	TNFRSF1A疾患関連変異：[ なし ・ あり ]
--------	----------------------------------	----------------------------

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	フェリチン：これまでの最高値：( )ng/mL・未実施	フェリチン：これまでの最低値：( )ng/mL・未実施
	赤沈 (1時間値)：これまでの最高値：( )mm/h	赤沈 (1時間値)：これまでの最低値：( )mm/h
	CRP：これまでの最高値：( )mg/dL	CRP：これまでの最低値：( )mg/dL
	血清アミロイドA：これまでの最高値：( )μg/mL・未実施	血清アミロイドA：これまでの最低値：( )μg/mL・未実施
	プロカルシトニン：これまでの最高値：( )ng/mL・未実施	プロカルシトニン：これまでの最低値：( )ng/mL・未実施
	TNF-alpha：これまでの最高値：( )pg/mL・未実施	TNF-alpha：これまでの最低値：( )pg/mL・未実施
	リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施	抗CCP抗体：( )U/mL・未実施
	自己抗体 (その他)：( )	

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	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )	TNFRSF1A疾患関連変異：[ なし ・ あり ]
--------	----------------------------------	----------------------------

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 ]	メトトレキサート：[ 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 ]	
	抗リウマチ薬 (その他)：( )		
	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 \_\_\_\_\_

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

<b>告示番号</b>	<b>20</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	18 ブラウ (Blau) 症候群 / 若年発症サルコイドーシス					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 ( 38℃以上 ): [ なし ・ あり ]		発熱 ( 38℃未満 ): [ なし ・ あり ]		発熱期間: ( ) 日間			
		熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ]		熱型 ( その他 ): ( )		発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ]			
	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				
	血管炎: [ なし ・ あり ]								
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ]		関節痛: [ なし ・ あり ]		関節の機能障害: [ なし ・ あり ]			
		関節の囊腫状腫脹 ( 足背 ): [ なし ・ あり ]		関節の囊腫状腫脹 ( 手背 ): [ なし ・ あり ]					
		屈指症 ( 手指 ): [ なし ・ あり ]		屈指症 ( 足趾 ): [ なし ・ あり ]					
		骨髄炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( )		筋・骨格症状 ( その他 ): ( )					
	皮膚・粘膜	皮疹: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )					
		皮疹出現や増悪の契機: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )					
眼	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ]		視力低下: [ なし ・ あり ]		眼症状 ( その他 ): ( )				
消化器	炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]								
精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )						
その他	低ガンマグロブリン血症: [ なし ・ あり ]		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 ( 38℃以上 ): [ なし ・ あり ]		発熱 ( 38℃未満 ): [ なし ・ あり ]		発熱期間: ( ) 日間			
		熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ]		熱型 ( その他 ): ( )		発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ]			
	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				
	血管炎: [ なし ・ あり ]								
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ]		関節痛: [ なし ・ あり ]		関節の機能障害: [ なし ・ あり ]			
		関節の囊腫状腫脹 ( 足背 ): [ なし ・ あり ]		関節の囊腫状腫脹 ( 手背 ): [ なし ・ あり ]					
		屈指症 ( 手指 ): [ なし ・ あり ]		屈指症 ( 足趾 ): [ なし ・ あり ]					
		骨髄炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( )		筋・骨格症状 ( その他 ): ( )					
	皮膚・粘膜	皮疹: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )					
		皮疹出現や増悪の契機: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )					
眼	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ]		視力低下: [ なし ・ あり ]		眼症状 ( その他 ): ( )				
消化器	炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]								

告示番号 **20** 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**

症状	精神・神経	神経症状：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
	その他	低ガンマグロブリン血症：[ なし ・ あり ] 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	血清IgG：( )mg/dL 血清アミロイドA：( )μg/mL・未実施 自己抗体 (その他)：( )	赤沈 (1時間値)：( )mm/h MMP-3：( )ng/mL・未実施	CRP：( )mg/dL
病理検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	部位：( )
画像検査	超音波検査 (関節)：[ 未実施 ・ 実施 ] 関節液貯留：[ なし ・ あり ] 腱鞘滑膜炎：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日 関節滑膜肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (関節内)：[ なし ・ あり ]	付着部肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (付着部)：[ なし ・ あり ]
	超音波検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	部位：( )
眼科学的検査	視力検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 右 (裸眼)：( ) 左 (裸眼)：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	右 (矯正後)：( ) 左 (矯正後)：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	NOD2遺伝子異常：[ なし ・ あり ]
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	血清IgG：( )mg/dL 血清アミロイドA：( )μg/mL・未実施 自己抗体 (その他)：( )	赤沈 (1時間値)：( )mm/h MMP-3：( )ng/mL・未実施	CRP：( )mg/dL
病理検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	部位：( )
画像検査	超音波検査 (関節)：[ 未実施 ・ 実施 ] 関節液貯留：[ なし ・ あり ] 腱鞘滑膜炎：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日 関節滑膜肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (関節内)：[ なし ・ あり ]	付着部肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (付着部)：[ なし ・ あり ]
	超音波検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	部位：( )
眼科学的検査	視力検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 右 (裸眼)：( ) 左 (裸眼)：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	右 (矯正後)：( ) 左 (矯正後)：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	NOD2遺伝子異常：[ なし ・ あり ]
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 ] 免疫調整薬：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] メトトレキサート：[ なし ・ あり ] 強心薬：[ なし ・ あり ]	コルチヒン：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ]
	理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ] 血液浄化法：[ 未実施 ・ 実施 ] 詳細：( )	作業療法：[ 未実施 ・ 実施 ]	
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 ( )		

告示番号 **19** 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	19 中條・西村症候群					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	低身長(-2.0SD以下):[ なし・あり ]								
		発熱:[ なし・あり ] 熱型:[ 稽留熱・弛張熱・間欠熱・波状熱・その他 ]								
		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								
	寒冷誘発炎症:[ なし・あり ]									
	詳細:( )									
	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 ]		
筋萎縮:[ なし・あり ]			筋炎:[ なし・あり ]			長く節くれ立った指:[ なし・あり ]				
筋力低下:[ なし・あり ] 部位:( )										
筋・骨格症状(その他):( )										
皮膚・粘膜	ヘリオトロープ様皮疹:[ なし・あり ] 結節性紅斑様皮疹:[ なし・あり ] 凍瘡様皮疹(手足):[ なし・あり ]									
	限局性脂肪萎縮:[ なし・あり ]									
皮疹(その他):部位:( )										
皮疹(その他):( )										
眼	眼球突出:[ なし・あり ]			視力低下:[ なし・あり ]			眼症状(その他):( )			
内分泌・代謝	耐糖能異常:[ なし・あり ]			高コレステロール血症:[ なし・あり ]			高トリグリセリド血症:[ なし・あり ]			肥満:[ なし・あり ]
精神・神経	てんかん:[ なし・あり ]									
	精神運動発達遅滞:[ なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明 ]									
神経症状:[ なし・あり ]										
詳細:( )										
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	低身長(-2.0SD以下):[ なし・あり ]								
		発熱:[ なし・あり ] 熱型:[ 稽留熱・弛張熱・間欠熱・波状熱・その他 ]								
		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								
	寒冷誘発炎症:[ なし・あり ]									
	詳細:( )									
	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 ]		
筋萎縮:[ なし・あり ]			筋炎:[ なし・あり ]			長く節くれ立った指:[ なし・あり ]				
筋力低下:[ なし・あり ] 部位:( )										
筋・骨格症状(その他):( )										
皮膚・粘膜	ヘリオトロープ様皮疹:[ なし・あり ] 結節性紅斑様皮疹:[ なし・あり ] 凍瘡様皮疹(手足):[ なし・あり ]									
	限局性脂肪萎縮:[ なし・あり ]									

告示番号 **19** 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	皮膚・粘膜	皮疹 (その他): 部位: ( ) 皮疹 (その他): ( )
	眼	眼球突出: [ なし ・ あり ]      視力低下: [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他): ( )
	内分泌・代謝	耐糖能異常: [ なし ・ あり ]    高コレステロール血症: [ なし ・ あり ]    高トリグリセリド血症: [ なし ・ あり ]    肥満: [ なし ・ あり ]
	精神・神経	てんかん: [ なし ・ あり ] 精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]
		神経症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
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	ヘモグロビン (Hb): これまでの最低値: ( ) g/dL	
	赤沈 (1時間値): これまでの最高値: ( ) mm/h	赤沈 (1時間値): これまでの最低値: ( ) mm/h
	CRP: これまでの最高値: ( ) mg/dL	CRP: これまでの最低値: ( ) mg/dL
	血清アミロイドA: これまでの最高値: ( ) µg/mL・未実施	血清アミロイドA: これまでの最低値: ( ) µg/mL・未実施
	プロカルシトニン: これまでの最高値: ( ) ng/mL・未実施	プロカルシトニン: これまでの最低値: ( ) ng/mL・未実施
	LDH: これまでの最高値: ( ) U/L	
	CK: これまでの最高値: ( ) U/L	
	血清IgG: これまでの最高値: ( ) mg/dL	
血清IgE: これまでの最高値: ( ) IU/mL		
抗核抗体: これまでの最高値: ( ) 倍・未実施		
自己抗体 (その他): これまでの最高値: ( )		
血液検査所見 (その他): ( )		
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )	
生理機能検査	心電図検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 ) 所見: ( )	
	呼吸機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 ) 所見: ( )	
画像検査	CT検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )      大脳基底核石灰化: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )	
	画像検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )      肝腫: [ なし ・ あり ]      脾腫: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )	
	PSM88遺伝子疾患関連変異: [ なし ・ あり ]      PSM88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	ヘモグロビン (Hb): 最近1年間の最低値: ( ) g/dL	
	赤沈 (1時間値): 最近1年間の最高値: ( ) mm/h	赤沈 (1時間値): 最近1年間の最低値: ( ) mm/h
	CRP: 最近1年間の最高値: ( ) mg/dL	CRP: 最近1年間の最低値: ( ) mg/dL
	血清アミロイドA: 最近1年間の最高値: ( ) µg/mL・未実施	血清アミロイドA: 最近1年間の最低値: ( ) µg/mL・未実施
	プロカルシトニン: 最近1年間の最高値: ( ) ng/mL・未実施	プロカルシトニン: 最近1年間の最低値: ( ) ng/mL・未実施
	LDH: 最近1年間の最高値: ( ) U/L	
	CK: 最近1年間の最高値: ( ) U/L	
	血清IgG: 最近1年間の最高値: ( ) mg/dL	
血清IgE: 最近1年間の最高値: ( ) IU/mL		
抗核抗体: 最近1年間の最高値: ( ) 倍・未実施		
自己抗体 (その他): 最近1年間の最高値: ( )		
血液検査所見 (その他): ( )		
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )	
生理機能検査	心電図検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 ) 所見: ( )	
	呼吸機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 ) 所見: ( )	
画像検査	CT検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )      大脳基底核石灰化: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )	
	画像検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )      肝腫: [ なし ・ あり ]      脾腫: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )	
	PSM88遺伝子疾患関連変異: [ なし ・ あり ]      PSM88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: ( )		
予防接種歴 (生ワクチン)	BCG: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 水痘: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] その他: ( )	麻疹: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] ムンプス: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]	風疹: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] ロタウイルス: [ 未実施 ・ 実施 ・ 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 ]		ステロイド薬: [ 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 ]	
	免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
	生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
呼吸管理	酸素療法: [ なし ・ あり ]		人工呼吸管理: [ 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 ( \_\_\_\_\_ )



告示番号		17		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	20 高IgD症候群 (メバロン酸キナーゼ欠損症)					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 肥満度
	年	月	日	年	月	日	年	月	%
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	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							
		リンパ節腫脹:[ なし・あり ] 部位:( )							
		漿膜炎:[ なし・あり ] 部位:( )							
		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	関節腫脹:[ なし・あり ] 関節痛:[ なし・あり ] 関節の機能障害:[ なし・あり ]							
		関節の嚢腫状腫脹(足背):[ なし・あり ] 関節の嚢腫状腫脹(手背):[ なし・あり ]							
		屈指症(手指):[ なし・あり ] 屈指症(足趾):[ なし・あり ]							
	皮膚・粘膜	口内炎:[ なし・あり ]							
		皮疹:[ なし・あり ] 詳細:( )							
	眼	眼症状:[ なし・あり ] 詳細:( )							
	消化器	肝腫:[ なし・あり ] 脾腫:[ なし・あり ] 腹痛:[ なし・あり ] 下痢:[ なし・あり ] 嘔吐:[ なし・あり ]							
	精神・神経	神経症状:[ なし・あり ] 詳細:( )							
	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							
		リンパ節腫脹:[ なし・あり ] 部位:( )							
		漿膜炎:[ なし・あり ] 部位:( )							
		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	関節腫脹:[ なし・あり ] 関節痛:[ なし・あり ] 関節の機能障害:[ なし・あり ]							
		関節の嚢腫状腫脹(足背):[ なし・あり ] 関節の嚢腫状腫脹(手背):[ なし・あり ]							
		屈指症(手指):[ なし・あり ] 屈指症(足趾):[ なし・あり ]							
	皮膚・粘膜	口内炎:[ なし・あり ]							
		皮疹:[ なし・あり ] 詳細:( )							
	眼	眼症状:[ なし・あり ] 詳細:( )							

告示番号 **17** 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**

症状	消化器	肝腫:[ なし ・ あり ] 嘔吐:[ なし ・ あり ]	脾腫:[ なし ・ あり ]	腹痛:[ なし ・ あり ]	下痢:[ なし ・ あり ]
	精神・神経	神経症状:[ なし ・ あり ] 詳細:( )			
	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	血清IgD:( )mg/dL・未実施 メバロン酸キナーゼ活性:判定:[ 正常 ・ 低下 ・ 未実施 ]	メバロン酸キナーゼ活性:( )%
	赤沈(1時間値):発作時:( )mm/h CRP:発作時:( )mg/dL 血清アミロイドA:発作時:( )μg/mL・未実施 プロカルシトニン:発作時:( )ng/mL・未実施	赤沈(1時間値):非発作時:( )mm/h CRP:非発作時:( )mg/dL 血清アミロイドA:非発作時:( )μg/mL・未実施 プロカルシトニン:非発作時:( )ng/mL・未実施

尿検査	尿中メバロン酸:[ 正常 ・ 増加 ・ 未実施 ]	尿中メバロン酸(測定値):( )μg/mg・Cr
-----	---------------------------	--------------------------

遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ] MVK遺伝子異常:[ なし ・ あり ] 詳細:( )	実施日:( 年 月 日 ) MVK遺伝子以外の疾患関連変異:[ なし ・ あり ]
--------	--	--

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	血清IgD:( )mg/dL・未実施 メバロン酸キナーゼ活性:判定:[ 正常 ・ 低下 ・ 未実施 ]	メバロン酸キナーゼ活性:( )%
	赤沈(1時間値):発作時:( )mm/h CRP:発作時:( )mg/dL 血清アミロイドA:発作時:( )μg/mL・未実施 プロカルシトニン:発作時:( )ng/mL・未実施	赤沈(1時間値):非発作時:( )mm/h CRP:非発作時:( )mg/dL 血清アミロイドA:非発作時:( )μg/mL・未実施 プロカルシトニン:非発作時:( )ng/mL・未実施

尿検査	尿中メバロン酸:[ 正常 ・ 増加 ・ 未実施 ]	尿中メバロン酸(測定値):( )μg/mg・Cr
-----	---------------------------	--------------------------

遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ] MVK遺伝子異常:[ なし ・ あり ] 詳細:( )	実施日:( 年 月 日 ) MVK遺伝子以外の疾患関連変異:[ なし ・ あり ]
--------	--	--

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 ] 免疫抑制薬:[ なし ・ あり ] 利尿薬:[ なし ・ あり ] 生物学的製剤:[ なし ・ あり ] 詳細:( )	ステロイド薬:[ 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 ]	免疫調整薬:[ なし ・ あり ] 強心薬:[ 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 ( \_\_\_\_\_ )

<b>告示番号</b>	<b>15</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

<b>病名</b>	<b>21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群</b>					<b>受付種別</b>	<input type="checkbox"/> 新規							
<b>受給者番号</b>		<b>受診日</b>	年	月	日									
<b>ふりがな</b> 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
<b>生年月日</b>	年	月	日	<b>意見書記載時の年齢</b>	歳	か	月	日	<b>性別</b>	男	・	女	・	性別未決定
<b>出生体重</b>	g	<b>出生週数</b>	在胎	週	日	<b>出生時に住民登録をした所</b>	( )	<b>都道府県</b>	( )	<b>市区町村</b>	( )			
<b>現在の身長・体重</b>	<b>身長 (測定日)</b>	cm ( SD)			<b>体重 (測定日)</b>	kg ( SD)			<b>BMI</b>	肥満度	%			
		年	月	日		年	月	日						
<b>発病時期</b>	年	月	頃	<b>初診日</b>	年	月	日							
<b>就学・就労状況</b>	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 ( )													
<b>手帳取得状況</b>	<b>身体障害者手帳</b>	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					<b>療育手帳</b>	なし ・ あり						
	<b>精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)</b>	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)												
<b>現状評価</b>	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			
<b>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</b>														
<b>基本情報</b>		発症年齢: ( )歳												
<b>症状</b>	<b>全身</b>	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): ( )												
	<b>筋・骨格</b>	関節痛: [ なし ・ あり ]												
		関節腫脹: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( )歳 部位: ( )												
	<b>皮膚・粘膜</b>	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: ( )												
	<b>眼</b>	眼症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )												
	<b>消化器</b>	炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]												
<b>その他</b>	症状 (その他): ( )													
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>														
<b>症状</b>	<b>全身</b>	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): ( )												
	<b>筋・骨格</b>	関節痛: [ なし ・ あり ]												
		関節腫脹: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( )歳 部位: ( )												
	<b>皮膚・粘膜</b>	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: ( )												
	<b>眼</b>	眼症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )												
	<b>消化器</b>	炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]												
<b>その他</b>	症状 (その他): ( )													

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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

告示番号		21		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	22 慢性再発性多発性骨髄炎								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													
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											
		寒冷誘発炎症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
		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	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 関節の機能障害: [ なし ・ あり ]											
		関節拘縮: [ なし ・ あり ] 部位: ( )											
		骨髄炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 経過: [ 孤発性 ・ 多発性 ・ 単相一過性 ・ 多相再発性 ]											
		筋・骨格症状 (その他): ( )											
	皮膚・粘膜	膿疱症 (手掌足底): [ なし ・ あり ] 膿疱症 (その他): ( )											
		乾癬: [ なし ・ あり ] ざ瘡: [ なし ・ あり ] 皮疹 (その他): ( )											
	眼	眼症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
消化器	肝腫: [ なし ・ あり ] 脾腫: [ なし ・ あり ] 嘔吐: [ なし ・ あり ] 炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]												
精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )												
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											
		寒冷誘発炎症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
		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	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 関節の機能障害: [ なし ・ あり ]											
		関節拘縮: [ なし ・ あり ] 部位: ( )											
		骨髄炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 経過: [ 孤発性 ・ 多発性 ・ 単相一過性 ・ 多相再発性 ]											
皮膚・粘膜	膿疱症 (手掌足底): [ なし ・ あり ] 膿疱症 (その他): ( )												

告示番号		21		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	皮膚・粘膜	乾癬:[ なし ・ あり ]		ざ瘡:[ なし ・ あり ]							
	眼	眼症状:[ なし ・ あり ]		皮膚 (その他):( )							
	消化器	肝腫:[ なし ・ あり ]		脾腫:[ なし ・ あり ]		嘔吐:[ なし ・ あり ]		炎症性腸疾患:[ なし ・ あり ]			
	精神・神経	神経症状:[ なし ・ あり ]		詳細:( )							
	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		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		赤沈 (1時間値):( )mm/h		CRP:( )mg/dL						
病理検査	血清アミロイドA:( )μg/mL・未実施		プロカルシトニン:( )ng/mL・未実施								
	自己抗体 (その他):( )										
画像検査	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:( )										
	単純X線検査:[ 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:( )											
遺伝学的検査	MRI検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		部位:( )						
	所見:( )										
	シンチグラフィ (骨):[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		異常取込:[ なし ・ あり ]		異常部位:( )				
	核医学検査 (その他):[ 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		異常取込:[ なし ・ あり ]		異常部位:( )				
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 <sup>4</sup> /μL		赤沈 (1時間値):( )mm/h		CRP:( )mg/dL						
病理検査	血清アミロイドA:( )μg/mL・未実施		プロカルシトニン:( )ng/mL・未実施								
	自己抗体 (その他):( )										
画像検査	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:( )										
	単純X線検査:[ 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:( )											
遺伝学的検査	MRI検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		部位:( )						
	所見:( )										
	シンチグラフィ (骨):[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		異常取込:[ なし ・ あり ]		異常部位:( )				
	核医学検査 (その他):[ 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		異常取込:[ なし ・ あり ]		異常部位:( )				

告示番号 <b>21</b> 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		3/3
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

告示番号		13		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	23 インターロイキン I 受容体拮抗分子欠損症								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		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						血管炎: [ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ]			関節炎: [ なし ・ あり ]			骨膜炎: [ なし ・ あり ]			骨痛: [ なし ・ あり ]		
		骨髄炎 (細菌性): [ なし ・ あり ]			骨髄炎 (無菌性): [ なし ・ あり ]			筋・骨格症状 (その他): ( )					
	皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹: [ なし ・ あり ]			膿疱性皮疹: [ なし ・ あり ]			皮疹 (その他): ( )					
		爪変形: [ なし ・ あり ]			口内炎: [ なし ・ あり ]			口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]			皮膚・粘膜症状 (その他): ( )		
	眼	結膜炎: [ なし ・ あり ]											
呼吸器・循環器	間質性肺炎: [ なし ・ あり ]			無呼吸発作: [ なし ・ あり ]			呼吸窮迫: [ 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						血管炎: [ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ]			関節炎: [ なし ・ あり ]			骨膜炎: [ なし ・ あり ]			骨痛: [ なし ・ あり ]		
		骨髄炎 (細菌性): [ なし ・ あり ]			骨髄炎 (無菌性): [ なし ・ あり ]			筋・骨格症状 (その他): ( )					
	皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹: [ なし ・ あり ]			膿疱性皮疹: [ なし ・ あり ]			皮疹 (その他): ( )					
		爪変形: [ なし ・ あり ]			口内炎: [ なし ・ あり ]			口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]			皮膚・粘膜症状 (その他): ( )		
	眼	結膜炎: [ なし ・ あり ]											
呼吸器・循環器	間質性肺炎: [ なし ・ あり ]			無呼吸発作: [ なし ・ あり ]			呼吸窮迫: [ なし ・ あり ]						
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			赤沈 (1時間値): ( ) mm/h			CRP: ( ) mg/dL						
	血清アミロイド A: ( ) μg/mL ・ 未実施			プロカルシトニン: ( ) ng/mL ・ 未実施									



告示番号 **13** 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**

病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	部位: ( )		
	培養結果: ( )		
	所見: ( )		
画像検査	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	肋骨・鎖骨の肥大: [ なし ・ あり ] 骨膜反応: [ なし ・ あり ] 骨融解像: [ なし ・ あり ] 異所性骨化: [ なし ・ あり ]		
	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: ( )		
	検査所見 (その他): ( )		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) IL1RN遺伝子の疾患関連変異: [ なし ・ あり ]		
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	赤沈 (1時間値): ( )mm/h	CRP: ( )mg/dL
	血清アミロイドA: ( )μg/mL・未実施	プロカルシトニン: ( )ng/mL・未実施	
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	部位: ( )		
	培養結果: ( )		
	所見: ( )		
画像検査	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	肋骨・鎖骨の肥大: [ なし ・ あり ] 骨膜反応: [ なし ・ あり ] 骨融解像: [ なし ・ あり ] 異所性骨化: [ なし ・ あり ]		
	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: ( )		
	検査所見 (その他): ( )		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) IL1RN遺伝子の疾患関連変異: [ なし ・ あり ]		
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: ( )		
出生歴	胎児仮死: [ なし ・ あり ]		
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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

病名	24 15から23までに掲げるもののほか、自己炎症性疾患 (具体的な疾病名: )				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 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	治療・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	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・不規則 ] 周期性:[ なし・あり ] 発熱周期:( )か月毎ぐらい・週毎ぐらい							
	低身長(-2.0SD以下):[ なし・あり ] 先天性赤血球異形成貧血:[ なし・あり ] 血管炎:[ なし・あり ] アミロペクチノース:[ なし・あり ] 肉芽腫性病変:[ なし・あり ]							
	全身	易感染性:[ なし・あり ] 部位:( ) 病原体:( )						
		リンパ節腫脹:[ なし・あり ] 部位:( )						
		漿膜炎:[ なし・あり ] 部位:( )						
		寒冷誘発炎症:[ なし・あり ] 詳細:( )						
	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):( )							
	炎症発作の誘因:[ なし・あり ] 詳細:( )							
	筋・骨格	関節腫脹:[ なし・あり ] 部位:( )						
		関節痛:[ なし・あり ] 部位:( )						
関節の機能障害:[ なし・あり ] 部位:( )								
筋痛:[ なし・あり ] 部位:( )								
骨格筋障害:[ なし・あり ] 部位:( )								
骨髄炎:[ なし・あり ] 部位:( )								
線維性軟骨異形成:[ なし・あり ] 部位:( ) 顎骨の拡大:[ なし・上顎・下顎 ] 筋・骨格症状(その他):( )								
皮膚・粘膜	毛包性丘疹:[ なし・あり ] 寒冷蕁麻疹:[ なし・あり ] 網状皮疹:[ なし・あり ] 蕁麻疹様発疹:[ なし・あり ] 尋常性乾癬:[ なし・あり ] 膿疱性乾癬:[ なし・あり ] 慢性毛包炎:[ なし・あり ] 口内炎:[ なし・あり ] 多毛症:[ なし・あり ] 掌蹼角化症:[ なし・あり ] 色素過剰症:[ なし・あり ] 皮疹(その他):( )							
眼	眼症状:[ なし・あり ] 詳細:( )							
耳鼻咽喉	難聴:[ なし・あり ]							
呼吸器・循環器	心筋障害:[ なし・あり ]							

告示番号 <b>22</b>		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	消化器	肝腫:[ なし ・ あり ] 脾腫:[ なし ・ あり ] 腹痛:[ なし ・ あり ] 下痢:[ なし ・ あり ] 血便:[ なし ・ あり ] 嘔吐:[ なし ・ あり ] 肛門膿瘍:[ なし ・ あり ] 肛門瘻孔:[ なし ・ あり ] 裂肛:[ なし ・ あり ]	炎症性腸疾患:[ なし ・ あり ] 部位:( )				
	精神・神経	脳梗塞:[ なし ・ あり ] 機序分類:[ 出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性 ] 頭痛:[ なし ・ あり ] 無菌性髄膜炎:[ なし ・ あり ] 神経症状:[ なし ・ あり ] 詳細:( )					
	その他	低ガンマグロブリン血症:[ なし ・ あり ] 症状(その他):( )	歯牙異常:[ なし ・ あり ]	咬合異常:[ なし ・ あり ]			
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(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	熱型:[ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ]	発熱期間:( )日間			
	全身	低身長 (-2.0SD以下):[ なし ・ あり ] アミロペクチノーシス:[ なし ・ あり ]	先天性赤血球異形成貧血:[ なし ・ あり ] 肉芽腫性病変:[ なし ・ あり ]	血管炎:[ なし ・ あり ]			
	全身	易感染性:[ なし ・ あり ] 部位:( ) 病原体:( )					
	全身	リンパ節腫脹:[ なし ・ あり ] 部位:( )					
	全身	漿膜炎:[ なし ・ あり ] 部位:( )					
	全身	寒冷誘発炎症:[ なし ・ あり ] 詳細:( )					
	全身	アミロイドーシス (腎):[ なし ・ あり ] アミロイドーシス (その他):( )	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 ]			
	全身	炎症発作の誘因:[ なし ・ あり ] 詳細:( )					
	筋・骨格	関節腫脹:[ なし ・ あり ] 部位:( )					
	筋・骨格	関節痛:[ なし ・ あり ] 部位:( )					
	筋・骨格	関節の機能障害:[ なし ・ あり ] 部位:( )					
	筋・骨格	筋痛:[ なし ・ あり ] 部位:( )					
	筋・骨格	骨格筋障害:[ なし ・ あり ] 部位:( )					
筋・骨格	骨髄炎:[ なし ・ あり ] 部位:( )						
筋・骨格	線維性軟骨異形成:[ なし ・ あり ] 部位:( )						
筋・骨格	顎骨の拡大:[ なし ・ 上顎 ・ 下顎 ] 筋・骨格症状(その他):( )						
皮膚・粘膜	毛包性丘疹:[ なし ・ あり ] 尋常性乾癬:[ なし ・ あり ] 多毛症:[ なし ・ あり ] 皮疹(その他):( )	寒冷尋麻疹:[ なし ・ あり ] 膿疱性乾癬:[ なし ・ あり ] 掌蹠角化症:[ なし ・ あり ]	網状皮疹:[ なし ・ あり ] 慢性毛包炎:[ なし ・ あり ] 色素過剰症:[ なし ・ あり ]	尋麻疹様発疹:[ なし ・ あり ] 口内炎:[ なし ・ あり ]			
眼	眼症状:[ なし ・ あり ] 詳細:( )						
耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]						
呼吸器・循環器	心筋障害:[ なし ・ あり ]						
消化器	肝腫:[ なし ・ あり ] 脾腫:[ なし ・ あり ] 腹痛:[ なし ・ あり ] 下痢:[ なし ・ あり ] 血便:[ なし ・ あり ] 嘔吐:[ なし ・ あり ] 肛門膿瘍:[ なし ・ あり ] 肛門瘻孔:[ なし ・ あり ] 裂肛:[ なし ・ あり ]	炎症性腸疾患:[ なし ・ あり ] 部位:( )					
精神・神経	脳梗塞:[ なし ・ あり ] 機序分類:[ 出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性 ] 頭痛:[ なし ・ あり ] 無菌性髄膜炎:[ なし ・ あり ] 神経症状:[ なし ・ あり ] 詳細:( )						
その他	低ガンマグロブリン血症:[ なし ・ あり ] 症状(その他):( )	歯牙異常:[ なし ・ あり ]	咬合異常:[ なし ・ あり ]				
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	血清IgG:( )mg/dL 赤沈(1時間値):発作時:( )mm/h CRP:発作時:( )mg/dL 血清アミロイドA:発作時:( )µg/mL・未実施 プロカルシトニン:発作時:( )ng/mL・未実施 自己抗体(その他):( )	赤沈(1時間値):非発作時:( )mm/h CRP:非発作時:( )mg/dL 血清アミロイドA:非発作時:( )µg/mL・未実施 プロカルシトニン:非発作時:( )ng/mL・未実施					

告示番号	22	膠原病 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	3/3
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	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 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	血清IgG：( )mg/dL 赤沈 (1時間値)：発作時：( )mm/h 赤沈 (1時間値)：非発作時：( )mm/h CRP：発作時：( )mg/dL CRP：非発作時：( )mg/dL 血清アミロイドA：発作時：( )μg/mL・未実施 血清アミロイドA：非発作時：( )μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：( )ng/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：( )ng/mL・未実施 自己抗体 (その他)：( )				
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	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 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	結節性多発動脈炎：[ なし ・ あり ] 自己免疫疾患：[ なし ・ あり ] 合併症 (その他)：( )				
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
医療機関住所					年 月 日
					診療科
					医師名
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )