

告示番号 **8** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **1/2**

病名	<b>1 若年性特発性関節炎</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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(申請時) ※直近の状況を記載											
病型	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 ]										
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 ] 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 ]									
	筋・骨格	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:( )									
	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 ] 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):( )									
	眼	ぶどう膜炎:[ なし・あり ] 所見:[ 無症候性・症候性 ]									
	呼吸器・循環器	胸膜炎:[ なし・あり ] 心膜炎:[ なし・あり ]									
消化器	腹膜炎:[ なし・あり ] 肝腫:[ なし・あり ] 脾腫:[ なし・あり ]										
その他	症状(その他):( )										
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数:( )/μL			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				
血液検査	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 ] 異常パワードプラ(関節内):[ なし・あり ]					異常パワードプラ(付着部):[ なし・あり ]					
画像検査	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 ]					

告示番号	8	膠原病 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2	
画像検査	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 ]		骨髓浮腫: [ 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 ]					
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: 付着部炎関連関節炎: [ 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: Reiter症候群: [ 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: アパタセプト: [ 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 ( )				

告示番号 **9** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **1/2**

病名	<b>2 全身性エリテマトーデス</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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(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): ( )										
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): ( )										
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				
	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): ( )											

告示番号 **9** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

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	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 ( )	

告示番号 10 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) 1/2

病名 3 皮膚筋炎/多発性筋炎
受給者番号
受診日
年 月 日
受付種別
継続 転出実施主体名
転入 -> ( )

ふりがな
氏名
(Alphabet)
(変更があった場合)
ふりがな
以前の登録氏名
(Alphabet)

生年月日
年 月 日
意見書記載時の年齢
歳 か月 日
性別
男 ・ 女 ・ 性別未決定

出生体重
g
出生週数
在胎 週 日
出生時に住民登録をした所
( ) 都道府県 ( ) 市区町村

現在の身長・体重
身長 (測定日)
cm ( SD)
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 (申請時) ※直近の状況を記載

診断
診断分類 ( 皮膚筋炎 / 多発性筋炎 ) : [ 皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎 ]

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

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査
白血球数 : ( ) / μL
リンパ球 : ( ) %
ヘモグロビン ( Hb ) : ( ) g/dL
ヘマトクリット ( Ht ) : ( ) %
血小板数 : ( ) × 10^4 / μL
APTT : ( ) 秒
D-dimer : ( ) μg/mL ・ 未実施
FDP : ( ) μg/mL ・ 未実施
AST : ( ) U/L
ALT : ( ) U/L
LDH : ( ) U/L
BUN : ( ) mg/dL
血清クレアチニン : ( ) mg/dL
CK : これまでの最高値 : ( ) U/L
アルドラーゼ : これまでの最高値 : ( ) U/L
血清IgG : ( ) mg/dL
KL-6 : ( ) U/mL ・ 未実施
赤沈 ( 1 時間値 ) : ( ) mm/h
CRP : ( ) mg/dL
C3 : ( ) mg/dL
C4 : ( ) mg/dL
CH50 : ( ) U/mL ・ 未実施
抗核抗体 : ( ) 倍 ・ 未実施
抗SS-A / Ro 抗体 : オクタロニー法 : ( ) 倍 ・ 未実施
抗SS-A / Ro 抗体 : EIA 法 : ( ) U/mL ・ 未実施
抗SS-B / La 抗体 : オクタロニー法 : ( ) 倍 ・ 未実施
抗SS-B / La 抗体 : EIA 法 : ( ) U/mL ・ 未実施
リウマトイド因子 ( 定量 ) : ( ) IU/mL ・ 未実施
抗Scl-70 抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施
抗セントロメア抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施
抗Jo-1 抗体 : ( ) U/mL
抗ARS 抗体スクリーニング : [ 陰性 ・ 陽性 ]
抗dsDNA 抗体 : ( ) IU/mL ・ 未実施
抗Sm 抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施
抗RNP ( U1-RNP ) 抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施
自己抗体 ( その他 ) : ( )
尿検査
細胞円柱 : [ なし ・ あり ・ 未実施 ]
血尿 : [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]
一日尿蛋白量 : ( ) g/day ・ 未実施
尿中蛋白量 : ( ) mg/dL

告示番号 **10** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	筋線維の変性及び細胞浸潤：[ なし ・ あり ]	皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ]	皮膚筋炎に合致する所見：[ なし ・ あり ]
	生検 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	部位：( )	所見：( )	
生理機能検査	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	筋電図筋原性変化：[ なし ・ あり ]	呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	拘束性障害：[ なし ・ あり ]
	所見 (その他)：( )		肺拡散能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	DLco：( )mL/min/mmHg
	CT検査 (肺)：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	間質性陰影：[ なし ・ あり ]	胸水：[ なし ・ あり ]	所見 (その他)：( )
画像検査	MRI検査 (筋)：[ 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	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 ]
	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 ( )				

病名	<b>4 シェーグレン (Sjogren) 症候群</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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(申請時) ※直近の状況を記載											
症状	全身	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):( )									
	筋・骨格	関節腫脹:[なし・あり] 関節痛:[なし・あり] 筋・骨格症状(その他):( )									
	皮膚・粘膜	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):( )									
	唾液腺	耳下腺腫脹の反復:[なし・あり] 顎下腺腫脹の反復:[なし・あり] ラムラ:[なし・あり] 唾液腺症状(その他):( )									
	眼	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):( )									
	腎・泌尿器	間質性腎炎:[なし・あり]									
	内分泌・代謝	甲状腺腫:[なし・あり]									
	精神・神経	無菌性髄膜炎:[なし・あり]									
	その他	症状(その他):( )									
	検査所見(申請時) ※直近の状況を記載										
血液検査	白血球数:( )/μL リンパ球:( )% 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ンザイム(膵由来):( )%・未実施 血清アミラーゼアインザイム(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] HBe抗原:[未実施・陰性・陽性] Hbc抗体:[未実施・陰性・陽性] HBe抗体:[未実施・陰性・陽性] HBs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] HIV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]									

告示番号 **7** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

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/4mm2 ・ 1 focus以上/4mm2 ]	
	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 )	取り込み低下: [ なし ・ あり ]	
	所見 (その他): ( )	酸刺激での分泌低下: [ 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: ( )			
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 ]	プロムヘキシシン: [ なし ・ あり ]	
	漢方薬: [ なし ・ あり ]			
	点眼薬: ヒアルロン酸: [ なし ・ あり ]	ジグアスホル: [ 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 )	通院頻度: ( )回/月
	治療見込み期間 (外来)	開始日: ( 年 月 日 )	終了日: ( 年 月 日 )	
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 (継続申請用)		1/2			
病名	5 抗リン脂質抗体症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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(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(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 (継続申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	6 ベーチェット (Behcet) 病					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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(申請時) ※直近の状況を記載											
症状	筋・骨格	関節炎:[ なし・あり ]									
	皮膚・粘膜	結節性紅斑様皮疹:[ なし・あり ]			座瘡様皮疹:[ なし・あり ]			毛嚢炎様皮疹:[ なし・あり ]			
		皮下の血栓性静脈炎:[ なし・あり ]			外陰部潰瘍:[ なし・あり ]			再発性アフタ性潰瘍(口腔粘膜):[ なし・あり ]			
	皮膚・粘膜症状(その他):( )										
	眼	網膜ぶどう膜炎:[ なし・あり ]			虹彩毛様体炎:[ なし・あり ]						
		視力障害:[ なし・あり ] 部位:[ 左・右・両側 ] 詳細:( )			眼症状(その他):( )						
	呼吸器・循環器	肺梗塞:[ なし・あり ]			動脈血栓症:[ なし・あり ]			深部静脈血栓症:[ なし・あり ]			
		動脈瘤:[ なし・あり ]			血管障害(その他):( )						
腎・泌尿器	精巣上体炎:[ なし・あり ]										
消化器	腹痛:[ なし・あり ]			消化管潰瘍:[ なし・あり ]			消化管出血:[ なし・あり ]				
	消化器症状(その他):( )										
精神・神経	精神症状:[ なし・あり ]			頭痛:[ なし・あり ]			麻痺:[ なし・あり・不明 ]				
	脳脊髄症状:[ なし・あり ]			精神・神経症状(その他):( )							
その他	症状(その他):( )										
検査所見(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			血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL				
	CH50:( )U/mL・未実施			血清IgD:( )mg/dL・未実施			赤沈(1時間値):( )mm/h				
病理検査	CRP:( )mg/dL										
	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:( )										

告示番号 **11** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

家族歴	本疾患の家族歴 :父:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 姉妹:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 母方祖父:[ なし ・ あり ・ 不明 ]	母:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 父方祖父:[ なし ・ あり ・ 不明 ] いとこ:[ なし ・ あり ・ 不明 ]	兄弟:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 父方祖母:[ なし ・ あり ・ 不明 ] その他:[ なし ・ あり ・ 不明 ]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬:[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬:[ なし ・ あり ] 強心薬:[ なし ・ あり ]	ステロイド薬:[ なし ・ あり ] 生物学的製剤:[ なし ・ あり ] 利尿薬:[ なし ・ あり ]	免疫調整薬:[ なし ・ あり ] 抗凝固薬:[ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法:[ なし ・ あり ]
リハビリテーション	理学療法:[ 未実施 ・ 実施 ]	作業療法:[ 未実施 ・ 実施 ]	
血液浄化	血液浄化法:[ 未実施 ・ 実施 ] 詳細:( )		
治療	治療 (その他):( )		
今後の治療方針	今後の治療方針:( )		
	治療見込み期間 (入院) 開始日:( 年 月 日 ) 終了日:( 年 月 日 )	治療見込み期間 (外来) 開始日:( 年 月 日 ) 終了日:( 年 月 日 )	通院頻度:( )回/月
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。			
医療機関名		記載年月日	年 月 日
医療機関住所		診療科	
		医師名	
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

告示番号 **4** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **1/2**

病名	<b>7 高安動脈炎 (大動脈炎症候群)</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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(申請時) ※直近の状況を記載											
病型	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・IIa・IIb・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): ( )										
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	レイノー-四肢の冷感: [ なし・あり ]		リペドー(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): ( )							
	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・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): ( )								
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): ( )										

告示番号 **4** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

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 ( \_\_\_\_\_ )

告示番号 **5** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **1/2**

病名	<b>8 多発血管炎性肉芽腫症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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(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):( )						
	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(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					

告示番号 **5** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

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 ]		
病理検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )	実施日：( 年 月 日 )	
画像検査	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 )	
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 ] 部位：( ) 術式：( )	実施日：( 年 月 日 )	
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施 ・ 施行予定 ] 術式：( )	実施日：( 年 月 日 )	
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>1</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 (継続申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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 (申請時) ※直近の状況を記載											
診断	診断の根拠: [ 臨床的・病的・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 ]			
	眼	ぶどう膜炎: [ なし・あり ]	上鞏膜炎: [ 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 ]				
	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 ]		
	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 ]		
	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 ]	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 ]		
	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 ]	血圧差 (左右または上下肢の血圧差10mmHg以上): [ なし・あり ]					
	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 ]		
	その他	症状 (その他): ( )									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数: ( )/μL	リンパ球: ( )%	好酸球: ( )%	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL	ヘマトクリット (Ht): ( )%	血小板数: ( )×10 <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										

告示番号 **1** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 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 ( )		

<b>告示番号</b>	<b>2</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 (継続申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	10 顕微鏡的多発血管炎					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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(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 ]			
	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 ]				
	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 ]		
	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 ]		
	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 ]	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 ]		
	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 ]	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):( )				
	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 ]		
	その他	症状(その他):( )									
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数:( )/μL	リンパ球:( )%	好酸球:( )%	ヘモグロビン(Hb):( )g/dL	ヘマトクリット(Ht):( )%	血小板数:( )×10 <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										

告示番号 **2** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 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 ]	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 ]	合併症(その他): ( )	
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 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 ( )		

<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 (継続申請用)</b>	<b>1/2</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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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(申請時) ※直近の状況を記載											
診断	診断の根拠:[ 臨床的・病的・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 ]			
	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 ]				
	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 ]		
	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 ]		
	腎・泌尿器	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 ]					
	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 ]						
	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 ]						
	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 ]		
その他	精神・神経症状(その他):( )										
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数:( )/μL	リンパ球:( )%	好酸球:( )%	ヘモグロビン(Hb):( )g/dL							
	ヘマトクリット(Ht):( )%	血小板数:( )×10 <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										

告示番号 **3** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 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 ] 顔面変形: [ なし ・ あり ]	気道狭窄: [ 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 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 ( )		

告示番号 **12** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **1/2**

病名	<b>12 再発性多発軟骨炎</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する・しない・不明		
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
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	嚔声:[ 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 ]					
	僧帽弁逸脱:[ なし・あり ]		大動脈瘤:[ 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):( )									
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	血清クレアチニン:( )mg/dL		赤沈(1時間値):( )mm/h						
	CRP:( )mg/dL	抗核抗体:( )倍・未実施		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								
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):( )										





告示番号 <b>23</b>		膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)				
病名	<b>13 全身性強皮症</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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	%
発病時期	年 月 頃	初診日	年 月 日			
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )					
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)			療育手帳	なし ・ あり
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)				
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能			運動制限の必要性		なし ・ あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
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・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 ]			
	消化器症状 (その他) : ( )					
その他	症状 (その他) : ( )					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
血液検査	抗核抗体 : ( ) 倍 ・ 未実施	抗Scl-70抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施		抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 : [ なし ・ あり ]		
	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		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 : ( )					
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 (継続申請用)		1/2	
病名	14 混合性結合組織病								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
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 (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 ]						
	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 ]					
	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 ]					
	消化器	食道蠕動低下または拡張: [ なし ・ あり ]											
	精神・神経	中枢神経症状: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他): ( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	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 ]										
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	肺拡散能検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) DLco: ( ) mL/min/mmHg												
	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): ( )												

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 (継続申請用) <b>2/2</b>	
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 (継続申請用) **1/2**

病名	<b>15 家族性地中海熱</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		
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 (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回以上繰り返し: [ 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 ]	
							髄膜炎による頭痛: [ なし ・ あり ]		
症状 (その他)	症状 (その他): ( )								
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
血液検査	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				
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 ]			コルヒチン: [ 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 (継続申請用)		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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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 (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・ウェルス症候群 ・ 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): ( )									
	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 ]										
	神経症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )										
その他	症状 (その他): ( )										
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	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 ] 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 ]	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 ( )		

告示番号 **18** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **1/2**

病名	17 TNF受容体関連周期性症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )							
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(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・骨格	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): ( )													
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 赤沈(1時間値): これまでの最高値: ( )mm/h CRP: これまでの最高値: ( )mg/dL 血清アミロイドA: これまでの最高値: ( )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 TNF-alpha: これまでの最高値: ( )pg/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): これまでの最低値: ( )mm/h CRP: これまでの最低値: ( )mg/dL 血清アミロイドA: これまでの最低値: ( )µg/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: これまでの最低値: ( )pg/mL・未実施							
	リウマトイド因子(定量): ( )IU/mL・未実施 自己抗体(その他): ( )						抗CCP抗体: ( )U/mL・未実施							
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): ( )													





<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</b>	<b>〈継続申請用〉</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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )							
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 (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												
		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 ]												
		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) : ( )													
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) : ( ) mm/h			CRP : ( ) mg/dL							
	血清アミロイドA : ( ) µg/mL ・ 未実施			MMP-3 : ( ) 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 : ( )													
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) : ( )													
	超音波検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )													
眼科学的検査	視力検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 右 (裸眼) : ( ) 左 (裸眼) : ( ) 右 (矯正後) : ( ) 左 (矯正後) : ( )													

告示番号 **20** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )      NOD2遺伝子異常：[ なし ・ あり ] NOD2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 ]      コルチヒン：[ 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 ] 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		19		膠原病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
病名	19 中條・西村症候群								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
受給者番号				受診日	年 月 日			年	月	日			
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 月 日			性別	男・女・性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%			
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)						療育手帳	なし・あり				
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)			なし・あり(等級 1級・2級・3級)									
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能						運動制限の必要性			なし・あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する・しない・不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する・しない・不明			
臨床所見(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											
	筋・骨格	寒冷誘発炎症: [ なし・あり ]											
		詳細: ( )											
		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 ]											
	皮膚・粘膜	筋力低下: [ なし・あり ] 部位: ( )											
		筋・骨格症状(その他): ( )											
	眼	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 ]													
内分泌・代謝	皮疹(その他): 部位: ( )												
	皮疹(その他): ( )												
精神・神経	眼球突出: [ なし・あり ] 視力低下: [ なし・あり ]												
	眼症状(その他): ( )												
その他	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 ]												
	てんかん: [ なし・あり ]												
血液検査	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 ]												
病理検査	詳細: ( )												
	症状(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): 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: ( )													

告示番号	19	膠原病 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2
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 ]		
	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 ]		
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 ]	麻疹: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]	風疹: [ 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 ]
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 ]
	免疫調整薬: [ なし ・ あり ]	免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ]			
	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 (継続申請用)		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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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(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 ]						
	皮膚・粘膜	屈指症(手指):[ なし・あり ] 屈指症(足趾):[ なし・あり ]									
		口内炎:[ なし・あり ]									
	眼	皮疹:[ なし・あり ] 詳細:( )									
		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):( )										
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					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					
尿検査	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					
	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 ]					実施日:( 年 月 日 )					
	MVK遺伝子異常:[ なし・あり ]					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 ]      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		15		膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2				
病名	21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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(申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	発熱:[ なし・あり ] 熱型:[ 稽留熱・弛張熱・間欠熱・波状熱・その他 ] 発熱期間:( )日間 熱型(その他):( ) 発熱間隔:[ 持続的・発作的・不定期 ] 周期性:[ なし・あり ] 発熱周期:( )か月毎ぐらい・週毎ぐらい								
		アミロイドーシス(腎):[ なし・あり ] アミロイドーシス(肝):[ なし・あり ] アミロイドーシス(消化器):[ なし・あり ] アミロイドーシス(その他):( )								
	筋・骨格	関節痛:[ なし・あり ]								
		関節腫脹:[ なし・あり ] 発症年齢:( )歳 部位:( )								
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡:[ なし・あり ] 口内炎:[ なし・あり ] 注射部位の膿瘍形成:[ なし・あり ]								
		嚢胞性ざ瘡:[ なし・あり ] 発症年齢:( )歳 部位:( ) 壊疽性膿皮症:[ なし・あり ] 発症年齢:( )歳 部位:( )								
	眼	眼症状:[ なし・あり ] 詳細:( )								
	消化器	炎症性腸疾患:[ なし・あり ]								
その他	症状(その他):( )									
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 (継続申請用) **1/2**

病名	<b>22 慢性再発性多発性骨髄炎</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )					
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(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										
	筋・骨格	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):( )	
		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 ]										
	皮膚・粘膜	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	筋・骨格症状(その他):( )											
	膿疱症(手掌足底):[ なし・あり ]											
皮膚・粘膜	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 ]											
眼	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 ]											
精神・神経	詳細:( )											
その他	症状(その他):( )											
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載												
血液検査	白血球数:( )/μL		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						
	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):( )					
病理検査	関節穿刺:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日											
	部位:( )											
病理検査	所見:( )											
	生検:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日											
病理検査	部位:( )											
	所見:( )											

告示番号	21 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		2/2
画像検査	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: ( )		
画像検査	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 )	
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: ( )		
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 (継続申請用)		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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )
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	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載							
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 ]	
		骨髄炎(細菌性):[ なし・あり ]		骨髄炎(無菌性):[ なし・あり ]		骨痛:[ 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(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):( )						

告示番号 <b>13</b> 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		2/2
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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )
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

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	
		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 ]	
		アミロペクチノーシス: [ なし ・ あり ] 肉芽腫性病変: [ なし ・ あり ]	
		易感染性: [ なし ・ あり ] 部位: ( )	
		病原体: ( )	
	筋・骨格	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: ( )	
皮膚・粘膜	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: ( )		
	骨髓炎: [ 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 ]			
眼	筋・骨格症状 (その他): ( )		
	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 ]		
耳鼻咽喉	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): ( )		
	眼症状: [ なし ・ あり ]		
	詳細: ( )		
	雑聴: [ なし ・ あり ]		

症状	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 ] 歯牙異常：[ なし ・ あり ] 咬合異常：[ なし ・ あり ] 症状 (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	
病理検査	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)：( )		
遺伝学的検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	疾患関連変異：[ なし ・ あり ]
	部位：( ) 所見：( )		
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 ]
家族歴	合併症 (その他)：( )	
	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 ]
リハビリテーション	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：( )		
血液浄化	理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ]	作業療法：[ 未実施 ・ 実施 ]	
	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 ( )		