

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〉		1/3	
病名		2 全身性エリテマトーデス							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													
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): ()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

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 ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL 血清総ビリルビン（T-Bil）：（ ）mg/dL ALT：（ ）U/L BUN：（ ）mg/dL 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h CH50：（ ）U/mL・未実施		白血球分画：リンパ球：（ ）% 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ ）mg/dL LDH：（ ）U/L 血清クレアチニン：（ ）mg/dL CRP：（ ）mg/dL C3：（ ）mg/dL 抗核抗体：（ ）倍・未実施		網赤血球：（ ）% APTT：（ ）秒 AST：（ ）U/L 血清アミラーゼ：（ ）U/L 血清IgG：（ ）mg/dL C4：（ ）mg/dL		
	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 抗カルジオリピン抗体（IgG）：（ ）U/mL・未実施 抗CLβ2GP1抗体：（ ）U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：（ ）IU/mL・未実施 抗dsDNA抗体：（ ）IU/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：（ ）U/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 抗カルジオリピン抗体（IgM）：（ ）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] 血清ハプトグロビン：（ ）mg/dL・未実施 抗Sm抗体：（ ）U/mL・未実施				
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：（ ）						
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 血清総ビリルビン（T-Bil）：（ ）mg/dL ALT：（ ）U/L BUN：（ ）mg/dL 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h CH50：（ ）U/mL・未実施		白血球分画：リンパ球：（ ）% 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ ）mg/dL LDH：（ ）U/L 血清クレアチニン：（ ）mg/dL CRP：（ ）mg/dL C3：（ ）mg/dL 抗核抗体：（ ）倍・未実施		網赤血球：（ ）% APTT：（ ）秒 AST：（ ）U/L 血清アミラーゼ：（ ）U/L 血清IgG：（ ）mg/dL C4：（ ）mg/dL		
	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 抗カルジオリピン抗体（IgG）：（ ）U/mL・未実施 抗CLβ2GP1抗体：（ ）U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：（ ）IU/mL・未実施 抗dsDNA抗体：（ ）IU/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：（ ）U/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 抗カルジオリピン抗体（IgM）：（ ）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] 血清ハプトグロビン：（ ）mg/dL・未実施 抗Sm抗体：（ ）U/mL・未実施				
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：（ ）						

受給者番号() 患者氏名()

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]			実施日：(年			月			日)		
所見：()															
画像検査	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：()															
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]			シェーグレン症候群：[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]			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]			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															
医療機関住所															
記載年月日															
年															
月															
日															
診療科															
医師名															
(印)															
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()															