

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		13 強皮症						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		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瘢痕 : [ 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) : ( )														
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瘢痕 : [ 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 (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 抗セントロメア抗体 : ( )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 ) 所見 : ( ) 前腕伸側硬化 : [ なし ・ あり ]													
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 抗セントロメア抗体 : ( )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) : ( )													

受給者番号( ) 患者氏名( )

[illegible]