

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|---|-------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|---------------|--|--------|--|-----|--|---|--|
| 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〉 | | 1/3 | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | 25 スティーヴンス・ジョンソン (Stevens-Johnson) 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 後遺症 | | 皮膚・粘膜 | | 脱毛: [なし ・ あり] 爪発育不良: [なし ・ あり] 皮膚色素脱失: [なし ・ あり] 皮膚過剰色素沈着: [なし ・ あり] 皮膚瘢痕: [なし ・ あり] 粘膜面の潰瘍化: [なし ・ あり] 包茎: [なし ・ あり] 陰唇癒着: [なし ・ あり] 口腔／食道／気管粘膜潰瘍: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 眼 | | 眼瞼癒着: [なし ・ あり] 眼瞼内反: [なし ・ あり] 睫毛乱生: [なし ・ あり] 乾燥性角結膜炎: [なし ・ あり] 兔眼: [なし ・ あり] 角膜潰瘍: [なし ・ あり] 失明: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 内分泌・代謝 腺外分泌障害: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | その他 | | 後遺症 (その他): () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状 | | 全身 | | 発熱 (38℃以上): [なし ・ あり] 全身倦怠感: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 筋・骨格 | | 関節痛: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 皮膚・粘膜 | | 多形紅斑: [なし ・ あり] 非典型ターゲット状多形紅斑: [なし ・ あり] 潰瘍: [なし ・ あり] 外陰部びらん: [なし ・ あり] 口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん: [なし ・ あり] 口唇・口腔内に血痂、出血を伴わないびらん: [なし ・ あり] 鼻腔内びらん: [なし ・ あり] びらん: [なし ・ あり] 口唇にのみ血痂、出血を伴うびらん: [なし ・ あり] 全身の水疱: [なし ・ あり] 皮膚粘膜移行部の重篤な病変: [なし ・ あり] 表皮の剥脱: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 眼 | | 眼脂: [なし ・ あり] 結膜充血: [なし ・ あり] 両眼の急性結膜炎に伴う偽膜形成: [なし ・ あり] 両眼の急性結膜炎に伴う角結膜上皮欠損: [なし ・ あり] 眼瞼腫脹: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 耳鼻咽喉 咽頭痛: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 腎・泌尿器 | | 排尿時痛: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 消化器 | | 排便時痛: [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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日常生活 | | 日常生活の状態: [正常 ・ やや不自由であるが独力で可能 ・ 制限があり部分介助 ・ 全面介助] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 後遺症 | | 皮膚・粘膜 | | 脱毛: [なし ・ あり] 爪発育不良: [なし ・ あり] 皮膚色素脱失: [なし ・ あり] 皮膚過剰色素沈着: [なし ・ あり] 皮膚瘢痕: [なし ・ あり] 粘膜面の潰瘍化: [なし ・ あり] 包茎: [なし ・ あり] 陰唇癒着: [なし ・ あり] 口腔／食道／気管粘膜潰瘍: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 眼 | | 眼瞼癒着: [なし ・ あり] 眼瞼内反: [なし ・ あり] 睫毛乱生: [なし ・ あり] 乾燥性角結膜炎: [なし ・ あり] 兔眼: [なし ・ あり] 角膜潰瘍: [なし ・ あり] 失明: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 内分泌・代謝 腺外分泌障害: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | その他 | | 後遺症 (その他): () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

| 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〉 | | 2/3 | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--------|--|-------------------|--|-----------------------|--|-----|--|--|--|---|--|----------------------------|--|
| 症状 | 全身 | 発熱（38℃以上）：[なし ・ あり] | | | | 全身倦怠感：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 多形紅斑：[なし ・ あり] 外陰部びらん：[なし ・ あり] 口唇・口腔内に血痂、出血を伴わないびらん：[なし ・ あり] びらん：[なし ・ あり] 皮膚粘膜移行部の重篤な病変：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（ ） | | | | | | | | | | 非典型ターゲット状多形紅斑：[なし ・ あり] 口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん：[なし ・ あり] 口唇にのみ血痂、出血を伴うびらん：[なし ・ あり] 表皮の剥脱：[なし ・ あり] | | 潰瘍：[なし ・ あり] 鼻腔内びらん：[なし ・ あり] 全身の水疱：[なし ・ あり] | | | |
| | 眼 | 眼脂：[なし ・ あり] 両眼の急性結膜炎に伴う角結膜上皮欠損：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（ ） | | | | | | | | | | 結膜充血：[なし ・ あり] 眼瞼腫脹：[なし ・ あり] | | 両眼の急性結膜炎に伴う偽膜形成：[なし ・ あり] | | | |
| | 耳鼻咽喉 | 咽頭痛：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 腎・泌尿器 | 排尿時痛：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 排便時痛：[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 ⁴ /μL BUN：（ ）mg/dL | | | | | | | | | | | ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL AST：（ ）U/L 血清クレアチニン：（ ）mg/dL | | ヘマトクリット（Ht）：（ ）% ALT：（ ）U/L 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h | | LDH：（ ）U/L CRP：（ ）mg/dL | |
| リンパ球機能検査 | リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（測定値）：（ ）cpm | | | | | | | | | | | PHA反応（検査方法）：（ ） PHA反応（基準値）：（ ）cpm | | SI（Stimulation index）：（ ） | | | |
| | リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病理検査 | 生検：[未実施 ・ 実施] 部位：（ ） 所見（その他）：（ ） | | | | | | | | | | | 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 | | 病理学的な表皮の壊死性変化：[なし ・ あり] | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 ⁴ /μL BUN：（ ）mg/dL | | | | | | | | | | | ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL AST：（ ）U/L 血清クレアチニン：（ ）mg/dL | | ヘマトクリット（Ht）：（ ）% ALT：（ ）U/L 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h | | LDH：（ ）U/L CRP：（ ）mg/dL | |
| リンパ球機能検査 | リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（測定値）：（ ）cpm | | | | | | | | | | | PHA反応（検査方法）：（ ） PHA反応（基準値）：（ ）cpm | | SI（Stimulation index）：（ ） | | | |
| | リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病理検査 | 生検：[未実施 ・ 実施] 部位：（ ） 所見（その他）：（ ） | | | | | | | | | | | 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 | | 病理学的な表皮の壊死性変化：[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 | 本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 重症度分類 | 1 粘膜疹 眼病変 上皮の偽膜形成 [なし ・ あり] 1点 上皮びらん [なし ・ あり] 1点 結膜充血 [なし ・ あり] 1点 慢性期の後遺症としての視力障害 [なし ・ あり] 1点 慢性期の後遺症としてのドライアイ [なし ・ あり] 1点 口唇・口腔内病変 口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん [なし ・ あり] 1点 口唇の血痂、出血を伴うびらん [なし ・ あり] 1点 広範囲に血痂、出血を伴わないびらん [なし ・ あり] 1点 陰部病変 陰部びらん [なし ・ あり] 1点 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 皮膚の水疱、びらん 30%以上 [なし ・ あり] 3点 10～30% [なし ・ あり] 2点 10%未満 [なし ・ あり] 1点 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 38℃以上の発熱 [なし ・ あり] 1点 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 呼吸器障害 [なし ・ あり] 1点 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 表皮の全層性壊死性変化 [なし ・ あり] 1点 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 肝機能障害（ALT > 100 IU/L） [なし ・ あり] 1点 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 合計（ ）点 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ※ 眼表面（角膜・結膜）の上皮欠損（びらん）、あるいは偽膜形成が高度 [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ※ 本症に起因する呼吸障害 [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ※ びまん性紅斑進展型中毒性表皮壊死症の診断 [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | |

受給者番号() 患者氏名()

| 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〉 | | 3/3 | | |
|-------------|--|-----------|-------------------------------|---|-------------------------------|----|------------------------------------|-----------------------|------------------------|-----|--|--|
| 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 | 後遺症のための継続的治療の必要性: [なし ・ あり] 詳細: () | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | (印) | | | | |
| | | | | 小児慢性特定疾病 指定医番号 () | | | | | | | | |