

告示番号		20		膠原病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2		
病名		18 ブラウ（Blau）症候群／若年発症サルコイドーシス							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)									
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村				
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD)		体重 (測定日)		kg ( SD)		BMI				
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %				
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日								
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載														
基本情報		発症年齢：( )歳												
症状	全身	発熱 (38℃以上)：[ なし ・ あり ] 発熱 (38℃未満)：[ なし ・ あり ] 発熱期間：( )日間 熱型：[ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 熱型 (その他)：( ) 発熱間隔：[ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ] 周期性：[ なし ・ あり ] 発熱周期：( )か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい												
		血管炎：[ なし ・ あり ]												
		筋・骨格	関節腫脹：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ] 関節の機能障害：[ なし ・ あり ] 関節の囊腫状腫脹 (足背)：[ なし ・ あり ] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[ なし ・ あり ] 屈指症 (手指)：[ なし ・ あり ] 屈指症 (足趾)：[ なし ・ あり ] 骨髓炎：[ なし ・ あり ] 部位：( ) 筋・骨格症状 (その他)：( )											
			皮膚・粘膜	皮疹：[ なし ・ あり ] 詳細：( ) 皮疹出現や増悪の契機：[ なし ・ あり ] 詳細：( )										
	眼			ぶどう膜炎：[ なし ・ あり ] 視力低下：[ なし ・ あり ] 眼症状 (その他)：( )										
			消化器	炎症性腸疾患：[ なし ・ あり ]										
	精神・神経	神経症状：[ なし ・ あり ] 詳細：( )												
	その他	低ガンマグロブリン血症：[ なし ・ あり ] 症状 (その他)：( )												
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
	症状	全身	発熱 (38℃以上)：[ なし ・ あり ] 発熱 (38℃未満)：[ なし ・ あり ] 発熱期間：( )日間 熱型：[ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 熱型 (その他)：( ) 発熱間隔：[ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ] 周期性：[ なし ・ あり ] 発熱周期：( )か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい											
			血管炎：[ なし ・ あり ]											
			筋・骨格	関節腫脹：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ] 関節の機能障害：[ なし ・ あり ] 関節の囊腫状腫脹 (足背)：[ なし ・ あり ] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[ なし ・ あり ] 屈指症 (手指)：[ なし ・ あり ] 屈指症 (足趾)：[ なし ・ あり ] 骨髓炎：[ 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 ]									

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		20	膠原病（ ）		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
症状	精神・神経	神経症状：[ なし ・ あり ] 詳細：（ ）								
	その他	低ガンマグロブリン血症：[ なし ・ あり ] 症状（その他）：（ ）								
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
血液検査		血清IgG：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：（ ）μg/mL・未実施 自己抗体（その他）：（ ）			赤沈（1時間値）：（ ）mm/h MMP-3：（ ）ng/mL・未実施		CRP：（ ）mg/dL			
病理検査		生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      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）：（      ）								
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（      年      月      日 ） NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：（      ）			NOD2遺伝子異常：[ なし ・ あり ]					
検査所見（その他）		検査所見（その他）：（      ）								
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載										
血液検査		血清IgG：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：（ ）μg/mL・未実施 自己抗体（その他）：（      ）			赤沈（1時間値）：（      ）mm/h MMP-3：（      ）ng/mL・未実施		CRP：（      ）mg/dL			
病理検査		生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      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）：（      ）								
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（      年      月      日 ） NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：（      ）			NOD2遺伝子異常：[ なし ・ あり ]					
検査所見（その他）		検査所見（その他）：（      ）								
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載										
合併症		合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：（      ）								
家族歴		家系：[ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細：（      ）								
		両親の血族婚：[ なし ・ あり ・ 不明 ]								
		本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：（      ）								
経過（申請時） ※直近の状況を記載										
薬物療法		非ステロイド系抗炎症薬：[ なし ・ あり ]      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			(印)		
					小児慢性特定疾病 指定医番号（      ）					