

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		1 若年性特発性関節炎								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		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：()											
		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 ⁴ /μL D-dimer：()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 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)：()											
		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]											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

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] 骨髄浮腫：[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	Sterinbroker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：カナキヌマブ： [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 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			