

告示番号		11		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		6 ベーチェット (Behcet) 病						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													
症状		筋・骨格		関節炎 : [なし ・ あり]									
		皮膚・粘膜		結節性紅斑様皮疹 : [なし ・ あり]			座瘡様皮疹 : [なし ・ あり]			毛嚢炎様皮疹 : [なし ・ あり]			
				皮下の血栓性静脈炎 : [なし ・ あり]			外陰部潰瘍 : [なし ・ あり]			再発性アフタ性潰瘍 (口腔粘膜) : [なし ・ あり]			
				皮膚・粘膜症状 (その他) : ()									
		眼		網膜ぶどう膜炎 : [なし ・ あり]			虹彩毛様体炎 : [なし ・ あり]						
				視力障害 : [なし ・ あり] 部位 : [左 ・ 右 ・ 両側] 詳細 : ()									
				眼症状 (その他) : ()									
		呼吸器・循環器		肺梗塞 : [なし ・ あり]			動脈血栓症 : [なし ・ あり]			深部静脈血栓症 : [なし ・ あり]			
動脈瘤 : [なし ・ あり]													
血管障害 (その他) : ()													
腎・泌尿器		精巣上体炎 : [なし ・ あり]											
消化器		腹痛 : [なし ・ あり]			消化管潰瘍 : [なし ・ あり]			消化管出血 : [なし ・ あり]					
		消化器症状 (その他) : ()											
精神・神経		精神症状 : [なし ・ あり]			頭痛 : [なし ・ あり]			麻痺 : [なし ・ あり ・ 不明]					
		脳脊髄症状 : [なし ・ あり]											
		精神・神経症状 (その他) : ()											
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 : () / μ L CH50 : () U/mL ・ 未実施 CRP : () mg/dL			ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 血清 IgD : () mg/dL ・ 未実施			血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 赤沈 (1 時間値) : () mm/h					
病理検査		生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()											
皮膚科的検査		針反応 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]											
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		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	11	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
家族歴	本疾患の家族歴：父：[なし ・ あり ・ 不明] 母：[なし ・ あり ・ 不明] 兄弟：[なし ・ あり ・ 不明] 姉妹：[なし ・ あり ・ 不明] 父方祖父：[なし ・ あり ・ 不明] 父方祖母：[なし ・ あり ・ 不明] 母方祖父：[なし ・ あり ・ 不明] いとこ：[なし ・ あり ・ 不明] その他：[なし ・ あり ・ 不明]					
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	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						

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)

〒 _____ 定医番号 (_____)