

告示番号		12		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		12 再発性多発軟骨炎						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名					
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ( )					
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		血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎：[ なし ・ あり ]											
		皮膚・粘膜		紫斑：[ なし ・ あり ]											
		眼		ぶどう膜炎：[ なし ・ あり ]				網膜血管炎：[ なし ・ あり ]				強膜炎：[ なし ・ あり ]			
				結膜炎：[ なし ・ あり ]				角膜炎・角膜潰瘍：[ なし ・ あり ]				視力障害：[ なし ・ あり ]			
				眼症状 (その他)：( )											
		耳鼻咽喉		嚥声：[ なし ・ あり ]				鼻軟骨炎：[ なし ・ あり ]				耳介軟骨の炎症、変形：[ なし ・ あり ]			
				伝音性難聴 (外耳道変形による)：[ なし ・ あり ]				感音性難聴：[ なし ・ あり ]				めまい：[ なし ・ あり ]			
				前庭障害 (その他)：( )											
呼吸器・ 循環器		咳嗽：[ なし ・ あり ]				喘鳴：[ なし ・ あり ]				気管切開：[ なし ・ あり ]					
		呼吸困難：[ なし ・ あり ]				大動脈弁閉鎖不全：[ なし ・ あり ]				僧帽弁閉鎖不全：[ なし ・ あり ]					
		僧帽弁逸脱：[ なし ・ あり ]				大動脈瘤：[ なし ・ あり ]				( )					
消化器		悪心：[ なし ・ あり ]													
精神・神経		運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ]													
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 <sup>4</sup> /μL				血清クレアチニン：( )mg/dL				赤沈 (1時間値)：( )mm/h					
		CRP：( )mg/dL				抗核抗体：( )倍・未実施				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									
尿検査		血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]						蛋白尿：[ なし ・ あり ]							
病理検査		生検：[ 未実施 ・ 実施 ]						実施日：( 年 月 日 )							
		部位：( )						( )							
遺伝学的検査		所見：( )													
		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：( )							
合併症		腎疾患の合併：[ なし ・ あり ]						( )							
		合併疾患名：( )						( )							
合併症 (その他)：( )		合併症 (その他)：( )						( )							

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	12	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
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 医療機関住所				記載年月日      年      月      日			
				診療科 医師名 (印)			
小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )							