

告示番号		4		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		7 高安動脈炎（大動脈炎症候群）								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		病型 (高安動脈炎) : [弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型 (動脈瘤型) ・ 不明]											
		病型 (高安動脈炎、血管造影所見による) : [I ・ II a ・ II b ・ III ・ IV ・ V]											
		診断の根拠 (高安動脈炎) : [画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状 (脈なし、血圧左右差) ・ 頭部乏血症状 (失明、視力障害等) ・ その他] 診断の根拠 (高安動脈炎、その他) : ()											
症 状	全身	発熱 : [なし ・ あり] 低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 体重減少 : [なし ・ あり] 易疲労性 : [なし ・ あり] 浮腫 : [なし ・ あり] 高血圧 : [なし ・ あり] リンパ節腫脹 : [なし ・ あり] 全身症状 (その他) : ()											
	筋・骨格	関節腫脹 : [なし ・ あり] 関節痛 : [なし ・ あり] 筋痛 : [なし ・ あり] 筋力低下 : [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他) : ()											
	皮膚・粘膜	レイノー・四肢の冷感 : [なし ・ あり] リベドー (網状皮斑) : [なし ・ あり] 結節性紅斑 : [なし ・ あり] 皮下結節 : [なし ・ あり] 壊疽 : [なし ・ あり] 紫斑 : [なし ・ あり] 口腔内潰瘍 : [なし ・ あり] 潰瘍 : [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他) : ()											
	眼	ぶどう膜炎 : [なし ・ あり] 上強膜炎 : [なし ・ あり] 結膜炎 : [なし ・ あり] 眼底出血 : [なし ・ あり] 白斑 : [なし ・ あり] 視力障害 : [なし ・ あり] 眼症状 (その他) : ()											
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり] 鼻閉 : [なし ・ あり] 嚔声 : [なし ・ あり] 気道閉塞 : [なし ・ あり] 副鼻腔炎 : [なし ・ あり] 中耳炎 : [なし ・ あり] 鞍鼻 : [なし ・ あり] 難聴 : [なし ・ あり] めまい : [なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状 (その他) : ()											
	呼吸器・循環器	胸膜炎 : [なし ・ あり] 間質性肺炎 : [なし ・ あり] 血痰・咯血 : [なし ・ あり] 肺胞出血 : [なし ・ あり] 肺高血圧症 : [なし ・ あり] 咳嗽 : [なし ・ あり] 息切れ : [なし ・ あり] 動悸 : [なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感 : [なし ・ あり] 間欠跛行 : [なし ・ あり] 脈拍欠損 : [なし ・ あり] 血管雑音 : [なし ・ あり] 血圧差 (左右または上下肢の血圧差10mmHg以上) : [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他) : ()											
	腎・泌尿器	急性腎不全 : [なし ・ あり] 慢性腎不全 : [なし ・ あり] 急速進行性糸球体腎炎 : [なし ・ あり] 腎梗塞 : [なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他) : ()											
	消化器	吐血 : [なし ・ あり] 下血 : [なし ・ あり] イレウス : [なし ・ あり] 非特異的炎症性腸炎 : [なし ・ あり] 消化器症状 (その他) : ()											
	精神・神経	痙攣 : [なし ・ あり] 意識障害 : [なし ・ あり] 精神症状 : [なし ・ あり] 脳出血 : [なし ・ あり] 脳梗塞 : [なし ・ あり] 脊髄障害 : [なし ・ あり] 麻痺 : [なし ・ あり ・ 不明] 多発性単神経炎 : [なし ・ あり] 無菌性髄膜炎 : [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他) : ()											
その他	症状 (その他) : ()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		4		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		
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載														
血液検査	白血球数：()/μL リンパ球：()% 好酸球：()% ヘモグロビン（Hb）：()g/dL ヘマトクリット（Ht）：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 血清IgG：()mg/dL 血清IgE：()IU/mL 赤沈（1時間値）：()mm/h CRP：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 KL-6：()U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施 MPO-ANCA：()IU/mL・未実施 抗GBM抗体：()U/mL・未実施													
	尿検査		細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 一日尿蛋白量：()g/day・未実施 尿中蛋白量：()mg/dL											
	便検査		便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]											
	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：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
			CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
			MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
			MRA検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
血管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()														
PET検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()														
		画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査名：() 部位：() 所見：()												
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載														
合併症		冠動脈病変：[なし ・ あり] 肺動脈病変：[なし ・ あり] 大動脈瘤：[なし ・ あり] 解離性大動脈瘤：[なし ・ あり] 大動脈弁閉鎖不全：[なし ・ あり] 大動脈弁直上の大動脈径：()mm 大動脈弁閉鎖不全の程度（カラードプラ法）：[わずかな逆流 ・ 僧帽弁前尖まで ・ 乳頭筋まで ・ 心尖まで] 大動脈弁変化：[なし ・ あり] 気管支喘息：[なし ・ あり] 合併症（その他）：()												
重症度分類		重症度（高動脈炎）：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V]												
経過（申請時） ※直近の状況を記載														
臨床経過		原病及び合併症による1年間の入院回数：()回 症状の進行性：[なし ・ あり] 経過：[軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他] 経過（その他）：()												
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：()												
カテーテル治療		カテーテル治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 術式：()												
手術		手術：[未実施 ・ 実施 ・ 施行予定] 実施日：(年 月 日) 術式：()												
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 小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）								
						(印)								