

告示番号		10		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		3 皮膚筋炎／多発性筋炎								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													
診断		診断分類 (皮膚筋炎／多発性筋炎) : [ 皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎 ]											
症状	全身	発熱 : [ なし ・ あり ] 体重減少 : [ なし ・ あり ] 浮腫 (全身性) : [ 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 ] 関節拘縮 : [ なし ・ あり ] 関節痛 : [ なし ・ あり ] 筋把握痛 : [ なし ・ あり ] 筋痛 : [ なし ・ あり ] 筋力低下 : [ なし ・ あり ] 筋萎縮 : [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 (その他) : ( )											
	皮膚・粘膜	爪郭発赤 : [ なし ・ あり ] 日光過敏 : [ なし ・ あり ] レイノー現象 : [ なし ・ あり ] 蝶形紅斑 : [ なし ・ あり ] 紅斑 (関節伸側) : [ なし ・ あり ] ゴットロン丘疹 : [ なし ・ あり ] ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑) : [ なし ・ あり ] ヘリオトロープ疹 : [ なし ・ あり ] 皮下石灰化 : [ なし ・ あり ] 粘膜潰瘍 : [ なし ・ あり ] 皮膚潰瘍 : [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他) : ( )											
	眼	網膜血管病変 : [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他) : ( )											
	呼吸器・循環器	肺高血圧症 : [ なし ・ あり ] 乾性咳嗽 : [ なし ・ あり ] 呼吸困難 (労作時) : [ なし ・ あり ] 心膜炎 : [ なし ・ あり ] 心筋炎 : [ なし ・ あり ] 心電図異常 : [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他) : ( )											
	消化器	消化管潰瘍 : [ なし ・ あり ] 消化管穿孔 : [ なし ・ あり ] 消化器症状 (その他) : ( )											
	精神・神経	痙攣 : [ なし ・ あり ] 精神症状 : [ 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 : ( ) / $\mu$ L リンパ球 : ( ) % ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL ヘマトクリット (Ht) : ( ) % 血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L APTT : ( ) 秒 D-dimer : ( ) $\mu$ g/mL ・ 未実施 FDP : ( ) $\mu$ g/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 CK : これまでの最高値 : ( ) U/L アルドラーゼ : これまでの最高値 : ( ) U/L 血清IgG : ( ) mg/dL KL-6 : ( ) U/mL ・ 未実施 赤沈 (1時間値) : ( ) mm/h CRP : ( ) mg/dL C3 : ( ) mg/dL C4 : ( ) mg/dL CH50 : ( ) U/mL ・ 未実施 抗核抗体 : ( ) 倍 ・ 未実施												
	抗SS-A／Ro抗体 : オクタロニー法 : ( ) 倍 ・ 未実施 抗SS-A／Ro抗体 : EIA法 : ( ) U/mL ・ 未実施 抗SS-B／La抗体 : オクタロニー法 : ( ) 倍 ・ 未実施 抗SS-B／La抗体 : EIA法 : ( ) U/mL ・ 未実施 リウマトイド因子 (定量) : ( ) IU/mL ・ 未実施 抗Scl-70抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施 抗セントロメア抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施 抗Jo-1抗体 : ( ) U/mL 抗ARS抗体スクリーニング : [ 陰性 ・ 陽性 ] 抗dsDNA抗体 : ( ) IU/mL ・ 未実施 抗Sm抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施 自己抗体 (その他) : ( )												
尿検査		細胞円柱 : [ なし ・ あり ・ 未実施 ] 一日尿蛋白量 : ( ) g/day ・ 未実施					血尿 : [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 尿中蛋白量 : ( ) mg/dL						

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号		10		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	
病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：(      年      月      日 )										
	筋線維の変性及び細胞浸潤：[ なし ・ あり ]		皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ]		皮膚筋炎に合致する所見：[ なし ・ あり ]								
	生検（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：(      年      月      日 )										
	部位：( )												
所見：( )													
生理機能検査	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		筋電図筋原性変化：[ なし ・ あり ]										
	呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：(      年      月      日 )		拘束性障害：[ なし ・ あり ]								
	所見（その他）：( )												
画像検査	肺拡散能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：(      年      月      日 )		DLco：(      )mL/min/mmHg								
	CT検査（肺）：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：(      年      月      日 )										
	間質性陰影：[ なし ・ あり ]		胸水：[ なし ・ あり ]										
所見（その他）：( )													
MRI検査（筋）：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：(      年      月      日 )											
部位：( )													
所見：( )													
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：( )												
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 ]			ステロイドパルス療法：[ なし ・ あり ]						
	クロロキン製剤：[ 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 ]			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				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 (      )									