

告示番号		21		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		22 慢性再発性多発性骨髄炎						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													
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] 発熱期間：()日間 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい											
		寒冷誘発炎症：[なし ・ あり] 詳細：()											
		アミロイドーシス (腎)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (肝)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (その他)：()											
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり]											
		関節拘縮：[なし ・ あり] 部位：()											
		骨髄炎：[なし ・ あり] 部位：() 経過：[孤発性 ・ 多発性 ・ 単相一過性 ・ 多相再発性]											
		筋・骨格症状 (その他)：()											
	皮膚・粘膜	膿疱症 (手掌足底)：[なし ・ あり] 膿疱症 (その他)：()											
		乾癬：[なし ・ あり] ざ瘡：[なし ・ あり] 皮疹 (その他)：()											
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()											
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり] 嘔吐：[なし ・ あり] 炎症性腸疾患：[なし ・ あり]											
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()											
	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 赤沈 (1時間値)：()mm/h CRP：()mg/dL 血清アミロイドA：()μg/mL・未実施 プロカルシトニン：()ng/mL・未実施 自己抗体 (その他)：()										
	病理検査		関節穿刺：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()										
生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()													

告示番号	21	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	単純X線検査：[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：()														
画像検査	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)														
	部位：()														
	所見：()														
	シンチグラフィ（骨）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 異常取込：[なし ・ あり]														
	異常部位：()														
	核医学検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)														
画像検査	部位：()														
	所見：()														
	PET検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 異常取込：[なし ・ あり]														
	異常部位：()														
	遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 疾患関連変異：[なし ・ あり]													
	詳細：()														
検査所見（その他）	検査所見（その他）：()														
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：()															
家族歴	家系：[日本人 ・ 日本人以外]														
	詳細：()														
	両親の血族婚：[なし ・ あり ・ 不明]														
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]														
	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] 免疫調整薬：[なし ・ あり]														
	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 強心薬：[なし ・ あり]														
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり] 免疫グロブリン療法：[なし ・ あり]														
	生物学的製剤：[なし ・ あり]														
詳細：()															
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 (印)															
医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()															