

病名	2415から23までに掲げるもののほか、自己炎症性疾患 (具体的な疾病名:)					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	治療 ・ 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								
		低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり] 先天性赤血球異形成貧血: [なし ・ あり] 血管炎: [なし ・ あり] アミロパクチノーシス: [なし ・ あり] 肉芽腫性病変: [なし ・ あり]								
		易感染性: [なし ・ あり] 部位: () 病原体: ()								
		リンパ節腫脹: [なし ・ あり] 部位: ()								
		漿膜炎: [なし ・ あり] 部位: ()								
		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): ()								
		炎症発作の誘因: [なし ・ あり] 詳細: ()								
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 部位: ()								
		関節痛: [なし ・ あり] 部位: ()								
		関節の機能障害: [なし ・ あり] 部位: ()								
		筋痛: [なし ・ あり] 部位: ()								
		骨格筋障害: [なし ・ あり] 部位: ()								
		骨髓炎: [なし ・ あり] 部位: ()								
		線維性軟骨異形成: [なし ・ あり] 部位: ()								
		顎骨の拡大: [なし ・ 上顎 ・ 下顎] 筋・骨格症状 (その他): ()								
	皮膚・粘膜	毛包性丘疹: [なし ・ あり] 寒冷尋麻疹: [なし ・ あり] 網状皮疹: [なし ・ あり] 尋麻疹様発疹: [なし ・ あり] 尋常性乾癬: [なし ・ あり] 膿疱性乾癬: [なし ・ あり] 慢性毛包炎: [なし ・ あり] □内炎: [なし ・ あり] 多毛症: [なし ・ あり] 掌蹠角化症: [なし ・ あり] 色素過剰症: [なし ・ あり] 皮疹 (その他): ()								
	眼	眼症状: [なし ・ あり] 詳細: ()								
	耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]								

受給者番号() 患者氏名()

告示番号 **22** 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

症状	呼吸器・循環器	心筋障害：[なし ・ あり]			
	消化器	肝腫：[なし ・ あり]	脾腫：[なし ・ あり]	腹痛：[なし ・ あり]	下痢：[なし ・ あり]
		血便：[なし ・ あり]	嘔吐：[なし ・ あり]	肛門膿瘍：[なし ・ あり]	肛門瘻孔：[なし ・ あり]
		裂肛：[なし ・ あり]			
	炎症性腸疾患：[なし ・ あり] 部位：()				
	精神・神経	脳梗塞：[なし ・ あり]	機序分類：[出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性]		
		頭痛：[なし ・ あり]	無菌性髄膜炎：[なし ・ あり]		
神経症状：[なし ・ あり]		詳細：()			
その他	低ガンマグロブリン血症：[なし ・ あり]	歯牙異常：[なし ・ あり]	咬合異常：[なし ・ あり]		
症状（その他）：()					

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

血液検査	血清IgG：()mg/dL	
	赤沈（1時間値）：発作時：()mm/h	赤沈（1時間値）：非発作時：()mm/h
	CRP：発作時：()mg/dL	CRP：非発作時：()mg/dL
	血清アミロイドA：発作時：()μg/mL・未実施	血清アミロイドA：非発作時：()μg/mL・未実施
	プロカルシトニン：発作時：()ng/mL・未実施	プロカルシトニン：非発作時：()ng/mL・未実施
	自己抗体（その他）：()	

[illegible]

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	結節性多発動脈炎：[なし ・ あり] 合併症（その他）：()	自己免疫疾患：[なし ・ あり]
-----	--------------------------------------	--------------------

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]
	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] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり]	ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 免疫グロブリン療法：[なし ・ あり]	免疫調整薬：[なし ・ あり] 強心薬：[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			
	医師名			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()