

告示番号		5		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		8 多発血管炎性肉芽腫症								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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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		診断の根拠: [臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]								診断時期: (年 月 日)			
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	リペダー: [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: [なし ・ あり]		肺泡出血: [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): ()												
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										

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	5	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
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：()				
	PET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：()				
	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	気管支喘息：[なし ・ あり] 在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全：[なし ・ あり] 気道狭窄：[なし ・ あり] 大腿骨頭壊死：[なし ・ あり] 顔面変形：[なし ・ あり] 合併症（その他）：()				
重症度分類	重症度（多発血管炎性肉芽腫症）：[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 経過：[軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他] 症状の進行性：[なし ・ あり] 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		(印)	
		小児慢性特定疾病 指定医番号		()	