

告示番号		9		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3	
病名		2 全身性エリテマトーデス								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり]				全身倦怠感: [なし ・ あり]				浮腫: [なし ・ あり]			
		高血圧: [なし ・ あり]				溶血性貧血: [なし ・ あり]							
		全身症状 (その他): ()											
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり]				筋痛: [なし ・ あり]				筋力低下: [なし ・ あり]			
		筋炎: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり]				レイノー現象: [なし ・ あり]				脱毛: [なし ・ あり]			
		円盤状紅斑: [なし ・ あり]				蝶形紅斑: [なし ・ あり]				口腔内潰瘍: [なし ・ あり]			
		鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり]											
		皮膚・粘膜症状 (その他): ()											
眼	眼痛: [なし ・ あり]				視力低下: [なし ・ あり]								
	眼症状 (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]				肺出血: [なし ・ あり]				
	肺梗塞: [なし ・ あり]				肺高血圧症: [なし ・ あり]				心膜炎: [なし ・ あり]				
	循環器・呼吸器症状 (その他): ()												
腎・泌尿器	ネフローゼ症候群: [なし ・ あり]				急性腎不全: [なし ・ あり]				慢性腎不全: [なし ・ あり]				
	腎・泌尿器症状 (その他): ()												
消化器	腹痛: [なし ・ あり]				腹膜刺激症状: [なし ・ あり]				下痢: [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]				多発単神経炎: [なし ・ あり]				
	脊髄障害: [なし ・ あり]				無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]				器質性脳症候群: [なし ・ あり]				
	脳神経症状: [なし ・ あり]												
	精神・神経症状 (その他): ()												
その他	症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり]				全身倦怠感: [なし ・ あり]				浮腫: [なし ・ あり]			
		高血圧: [なし ・ あり]				溶血性貧血: [なし ・ あり]							
		全身症状 (その他): ()											
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり]				筋痛: [なし ・ あり]				筋力低下: [なし ・ あり]			
		筋炎: [なし ・ あり]											
皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり]				レイノー現象: [なし ・ あり]				脱毛: [なし ・ あり]				
	円盤状紅斑: [なし ・ あり]				蝶形紅斑: [なし ・ あり]				口腔内潰瘍: [なし ・ あり]				
	鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり]												
	皮膚・粘膜症状 (その他): ()												
眼	眼痛: [なし ・ あり]				視力低下: [なし ・ あり]								
	眼症状 (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]				肺出血: [なし ・ あり]				
	肺梗塞: [なし ・ あり]				肺高血圧症: [なし ・ あり]				心膜炎: [なし ・ あり]				
	循環器・呼吸器症状 (その他): ()												

