

告示番号		23		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2													
病名		13 全身性強皮症								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		皮膚・粘膜		スキンスコア値 (total skin thickness score) : () ・ 未実施																					
				皮膚硬化 (体幹) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (上腕) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (前腕) : [なし ・ あり]													
				皮膚硬化 (手背) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (手指) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (足趾) : [なし ・ あり]													
				皮膚硬化 (足背) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (下腿) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (大腿) : [なし ・ あり]													
		レイノー現象 : [なし ・ あり]																手指先端部の虫食い状瘢痕 : [なし ・ あり]				爪上皮内出血点 : [なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜症状 (その他) : ()																							
呼吸器・循環器		息切れ : [なし ・ あり]				動悸 : [なし ・ あり]				両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [なし ・ あり]															
循環器・呼吸器症状 (その他) : ()																									
消化器		胸やけ : [なし ・ あり]				胃食道逆流症 : [なし ・ あり]				食物のつかえ : [なし ・ あり]															
消化器症状 (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		皮膚・粘膜		スキンスコア値 (total skin thickness score) : () ・ 未実施																					
				皮膚硬化 (体幹) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (上腕) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (前腕) : [なし ・ あり]													
				皮膚硬化 (手背) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (手指) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (足趾) : [なし ・ あり]													
				皮膚硬化 (足背) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (下腿) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (大腿) : [なし ・ あり]													
		レイノー現象 : [なし ・ あり]																手指先端部の虫食い状瘢痕 : [なし ・ あり]				爪上皮内出血点 : [なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜症状 (その他) : ()																							
呼吸器・循環器		息切れ : [なし ・ あり]				動悸 : [なし ・ あり]				両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [なし ・ あり]															
循環器・呼吸器症状 (その他) : ()																									
消化器		胸やけ : [なし ・ あり]				胃食道逆流症 : [なし ・ あり]				食物のつかえ : [なし ・ あり]															
消化器症状 (その他) : ()																									
その他		症状 (その他) : ()																							
検査所見 (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																									
血液検査		抗核抗体 : ()倍・未実施 抗セントロメア抗体 : ()U/mL・未実施 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 筋炎特異的抗体 (その他) : () 抗Scl-70抗体 : ()U/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体 : ()U/mL・未実施																							
病理検査		皮膚生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : () 前腕伸側硬化 : [なし ・ あり]																							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																									
血液検査		抗核抗体 : ()倍・未実施 抗セントロメア抗体 : ()U/mL・未実施 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 筋炎特異的抗体 (その他) : () 抗Scl-70抗体 : ()U/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体 : ()U/mL・未実施																							

