

告示番号		12		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		12 再発性多発軟骨炎						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) 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													
症状		筋・骨格		血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎: [なし ・ あり]									
		皮膚・粘膜		紫斑: [なし ・ あり]									
		眼		ぶどう膜炎: [なし ・ あり]		網膜血管炎: [なし ・ あり]		強膜炎: [なし ・ あり]					
				結膜炎: [なし ・ あり]		角膜炎・角膜潰瘍: [なし ・ あり]		視力障害: [なし ・ あり]					
				眼症状 (その他): ()									
		耳鼻咽喉		嗄声: [なし ・ あり]		鼻軟骨炎: [なし ・ あり]		耳介軟骨の炎症、変形: [なし ・ あり]					
				伝音性難聴 (外耳道変形による): [なし ・ あり]		感音性難聴: [なし ・ あり]		めまい: [なし ・ あり]					
				前庭障害 (その他): ()									
呼吸器・循環器		咳嗽: [なし ・ あり]		喘鳴: [なし ・ あり]		気管切開: [なし ・ あり]							
		呼吸困難: [なし ・ あり]		大動脈弁閉鎖不全: [なし ・ あり]		僧帽弁閉鎖不全: [なし ・ あり]							
		僧帽弁逸脱: [なし ・ あり]		大動脈瘤: [なし ・ あり]		()							
循環器・呼吸器症状 (その他): ()													
消化器		悪心: [なし ・ あり]											
精神・神経		運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]											
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: () / μ L		ヘモグロビン (Hb): () g/dL		ヘマトクリット (Ht): () %							
		血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L		血清クレアチニン: () mg/dL		赤沈 (1時間値): () mm/h							
		CRP: () mg/dL		抗核抗体: () 倍・未実施		リウマトイド因子 (定量): () IU/mL・未実施							
		MMP-3: () ng/mL・未実施		抗CCP抗体: () U/mL・未実施									
尿検査		血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]				蛋白尿: [なし ・ あり]							
病理検査		生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)									
		部位: ()											
		所見: ()											
遺伝学的検査		HLA遺伝子型判定: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)									
		抗原型 (HLA-A) ① : ()		抗原型 (HLA-A) ② : ()									
		抗原型 (HLA-B) ① : ()		抗原型 (HLA-B) ② : ()									
		抗原型 (HLA-DR) ① : ()		抗原型 (HLA-DR) ② : ()									
		抗原型 (HLA-DQ) ① : ()		抗原型 (HLA-DQ) ② : ()									
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症		他の膠原病の合併: [なし ・ あり]											
		合併疾患名: ()											
		腎疾患の合併: [なし ・ あり]											
		合併疾患名: ()											
		合併症 (その他): ()											

