

告示番号	8	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	1 若年性特発性関節炎					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日				
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
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 (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							
最終受診日	(年 月 日)						
病型	発症時： [全身型 ・ 少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎]						
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] 熱型 (その他)：() 朝のこわばり：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] マクロファージ活性化症候群：[なし ・ あり]					
	筋・骨格	腫脹関節数：() 個 部位詳細：()					
		疼痛関節数：() 個 部位詳細：()					
		関節可動域制限：[なし ・ あり] 詳細：()					
		可動域制限関節数：() 個 部位詳細：()					
		付着部炎：[なし ・ あり] 指趾炎：[なし ・ あり] 腰背部痛：[なし ・ あり] 筋痛：[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	爪甲剥離：[なし ・ あり] 爪点状陥凹：[なし ・ あり] 爪油滴：[なし ・ あり] 紅斑性皮疹：[なし ・ あり] リウマトイド結節：[なし ・ あり] 乾癬：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()					
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 所見：[無症候性 ・ 症候性]					
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり]					
	消化器	腹膜炎：[なし ・ あり] 肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり]					
その他	症状 (その他)：()						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
病型	現在： [全身型 ・ 全身型発症関節炎 ・ 進展型少関節炎 ・ 持続型少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎]						
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] 熱型 (その他)：() 朝のこわばり：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] マクロファージ活性化症候群：[なし ・ あり]					
	筋・骨格	腫脹関節数：() 個 部位詳細：()					
		疼痛関節数：() 個 部位詳細：()					
		関節可動域制限：[なし ・ あり] 詳細：()					
		可動域制限関節数：() 個 部位詳細：()					

告示番号		8		膠原病 ()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/3	
症状	筋・骨格	付着部炎: [なし ・ あり]		指趾炎: [なし ・ あり]		腰部疼痛: [なし ・ あり]		筋痛: [なし ・ あり]			
	皮膚・粘膜	爪甲剥離: [なし ・ あり]		爪点状陥凹: [なし ・ あり]		爪油滴: [なし ・ あり]		紅斑性皮疹: [なし ・ あり]			
		リウマトイド結節: [なし ・ あり]		乾癬: [なし ・ あり]							
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり]		所見: [無症候性 ・ 症候性]							
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり]		心膜炎: [なし ・ あり]							
	消化器	腹膜炎: [なし ・ あり]		肝腫: [なし ・ あり]		脾腫: [なし ・ あり]					
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	白血球数: ()/μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		ヘマトクリット (Ht): ()%							
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	D-dimer: ()μg/mL・未実施		AST: ()U/L							
	ALT: ()U/L	LDH: ()U/L		BUN: ()mg/dL							
	血清クレアチニン: ()mg/dL	トリグリセリド (中性脂肪): ()mg/dL		フィブリノゲン: ()mg/dL							
	フェリチン: ()ng/mL・未実施	赤沈 (1時間値): ()mm/h		CRP: ()mg/dL							
	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							
	抗核抗体: ()倍・未実施	染色型: [均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他]									
	染色型 (その他): ()										
画像検査	超音波検査 (関節): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)									
	関節液貯留: [なし ・ あり]	関節滑膜肥厚: [なし ・ あり]		付着部肥厚: [なし ・ あり]							
	腱鞘滑膜炎: [なし ・ あり]	異常パワードブラ (関節内): [なし ・ あり]		異常パワードブラ (付着部): [なし ・ あり]							
	所見 (その他): ()										
	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)									
	関節裂隙狭小化: [なし ・ あり]	骨びらん: [なし ・ あり]		関節変形 (亜脱臼・偏位・過伸展): [なし ・ あり]							
	関節強直: [なし ・ あり]	指趾骨基部杯状化: [なし ・ あり]		脊椎の竹節様変化: [なし ・ あり]							
	MRI検査 (関節): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)									
	関節液貯留: [なし ・ あり]	滑膜肥厚: [なし ・ あり]		骨髓浮腫: [なし ・ あり]							
	仙腸関節炎: [なし ・ あり]	所見 (その他): ()									
	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 : ()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数: ()/μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		ヘマトクリット (Ht): ()%							
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	D-dimer: ()μg/mL・未実施		AST: ()U/L							
	ALT: ()U/L	LDH: ()U/L		BUN: ()mg/dL							
	血清クレアチニン: ()mg/dL	トリグリセリド (中性脂肪): ()mg/dL		フィブリノゲン: ()mg/dL							
	フェリチン: ()ng/mL・未実施	赤沈 (1時間値): ()mm/h		CRP: ()mg/dL							
	抗核抗体: ()倍・未実施	染色型: [均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他]									
	染色型 (その他): ()										
	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							
画像検査	超音波検査 (関節): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)									
	関節液貯留: [なし ・ あり]	関節滑膜肥厚: [なし ・ あり]		付着部肥厚: [なし ・ あり]							
	腱鞘滑膜炎: [なし ・ あり]	異常パワードブラ (関節内): [なし ・ あり]		異常パワードブラ (付着部): [なし ・ あり]							
	所見 (その他): ()										
	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)									
	関節裂隙狭小化: [なし ・ あり]	骨びらん: [なし ・ あり]		関節変形 (亜脱臼・偏位・過伸展): [なし ・ あり]							
	関節強直: [なし ・ あり]	指趾骨基部杯状化: [なし ・ あり]		脊椎の竹節様変化: [なし ・ あり]							
	MRI検査 (関節): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)									
	関節液貯留: [なし ・ あり]	滑膜肥厚: [なし ・ あり]		骨髓浮腫: [なし ・ あり]							
	仙腸関節炎: [なし ・ あり]	所見 (その他): ()									
	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: ()									
	悪性疾患の合併: [なし ・ あり]										

告示番号 **8** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **3/3**

家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：強直脊椎炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：炎症性腸疾患に伴う仙腸関節炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：急性前部ぶどう膜炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴（その他）：()		
疾患活動性	JADAS-27：() ・ 未実施		
機能障害	Sterinbrocker 機能障害度分類：[未実施 ・ Class I ・ Class II ・ Class III ・ Class IV] CHAQ：() 点 ・ 未実施		
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] ステロイド薬：[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]		
	免疫調整薬：金製剤： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫調整薬：サラソスルファピリジン：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫調整薬：プシラミン： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫調整薬：イグラチモド： [未実施 ・ 無効 ・ 有効]		
	免疫抑制薬：タクロリムス： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：メトトレキサート： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：ミゾリピン： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：レフルノミド： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：トファシチニブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効]		
	生物学的製剤：トシリズマブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：エタネルセプト： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アダリムマブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：インフリキシマブ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：ゴリムマブ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：セルトリズマブベゴル：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アバタセプト：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：カナキマブ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アナキンラ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤（その他）：()		
	抗リウマチ薬（その他）：()		
	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] 血液浄化法：[未実施 ・ 実施] 詳細：() 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		
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 ()		
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
医療機関所在地	診断年月日	年	月 日
電話番号	診療科	医師名	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日