

告示番号		8		膠原病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/3	
病名	1 若年性特発性関節炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
最終受診日	( 年 月 日 )												
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：( )											
		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 ] 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)：( )												
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 <sup>4</sup> /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 ]			異常パワードプラ (関節内)：[ なし ・ あり ]			異常パワードプラ (付着部)：[ なし ・ あり ]						
所見 (その他)：( )													

告示番号 **8** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/3**

画像検査	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	関節変形 (亜脱臼・偏位・過伸展): [ なし ・ あり ]	
	関節裂隙狭小化: [ なし ・ あり ]	骨びらん: [ なし ・ あり ]	指趾骨基部杯状化: [ なし ・ あり ]	
MRI検査 (関節)	MRI検査 (関節): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	骨髄浮腫: [ なし ・ あり ]	
	関節液貯留: [ なし ・ あり ]	滑膜肥厚: [ なし ・ あり ]	仙腸関節炎: [ なし ・ あり ]	
所見 (その他): ( )				
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: ( )			
家族歴	悪性疾患の合併: [ なし ・ あり ]			
	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]			
薬物療法	家族歴: 強直脊椎炎: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	家族歴: 付着部炎関連関節炎: [ 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: Reiter 症候群: [ 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: サラゾスルファピリジン: [ 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 ]	
	免疫調整薬: プシラミン: [ 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: インフリキシマブ: [ 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: セルトリズマブベゴル: [ 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: カナキマブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]	
	生物学的製剤: アパタセプト: [ 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 (その他): ( )	
	生物学的製剤: アナキナラ: [ 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	血液浄化法: [ 未実施 ・ 実施 ]	詳細: ( )		
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 )	通院頻度: ( ) 回/月	
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	
医療機関所在地	診断年月日	年	月	
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