

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 → ()
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	肥満度	%
	年 月 日		年 月 日				

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

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：()
		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)：()	

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
	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)：()			
	単純X線検査 (骨)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)	骨びらん：[なし ・ あり]	関節変形 (亜脱臼・偏位・過伸展)：[なし ・ あり]	
	関節裂隙狭小化：[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]	

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) 2/2

画像検査	MRI検査(関節): [未実施 ・ 実施] 関節液貯留: [なし ・ あり] 仙腸関節炎: [なし ・ あり] 所見(その他): ()	実施日: (年 月 日) 滑膜肥厚: [なし ・ あり] 骨髄浮腫: [なし ・ あり]
------	---	--

遺伝学的検査	HLA遺伝子型判定: [未実施 ・ 実施] 抗原型 (HLA-A) ① : () 抗原型 (HLA-B) ① : () 抗原型 (HLA-DR) ① : () 抗原型 (HLA-DQ) ① : ()	実施日: (年 月 日) 抗原型 (HLA-A) ② : () 抗原型 (HLA-B) ② : () 抗原型 (HLA-DR) ② : () 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]
-----	---

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): ()	家族歴: 付着部炎関連関節炎: [なし ・ あり ・ 不明] 家族歴: Reiter症候群: [なし ・ あり ・ 不明]
-----	---	--

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] 強心薬: [なし ・ あり]	ステロイド薬: [なし ・ あり] 利尿薬: [なし ・ あり]	抗凝固薬: [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: プシラミン: [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]	
	免疫抑制薬: タクロリムス: [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: トファシチニブ: [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: レフルノミド: [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: アダリムマブ: [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: アパタセプト: [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): ()	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: セルトリズマブベゴル: [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤: カナキヌマブ: [未実施 ・ 無効 ・ 有効]	
	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) 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

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
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	