

病名	2 全身性エリテマトーデス				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	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

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	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり] 高血圧: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()	全身倦怠感: [なし ・ あり] 溶血性貧血: [なし ・ あり]	浮腫: [なし ・ あり]
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり] 筋炎: [なし ・ あり]	筋痛: [なし ・ あり]	筋力低下: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり] 円盤状紅斑: [なし ・ あり] 鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()	レイノー現象: [なし ・ あり] 蝶形紅斑: [なし ・ あり]	脱毛: [なし ・ あり] 口腔内潰瘍: [なし ・ あり]
	眼	眼痛: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()	視力低下: [なし ・ あり]	
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 肺梗塞: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()	間質性肺炎: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり]	肺出血: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり]
	腎・泌尿器	ネフローゼ症候群: [なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他): ()	急性腎不全: [なし ・ あり]	慢性腎不全: [なし ・ あり]
	消化器	腹痛: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()	腹膜刺激症状: [なし ・ あり]	下痢: [なし ・ あり]
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり] 脳出血: [なし ・ あり] 脊髄障害: [なし ・ あり] 脳神経症状: [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他): ()	意識障害: [なし ・ あり] 脳梗塞: [なし ・ あり] 無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]	精神症状: [なし ・ あり] 多発単神経炎: [なし ・ あり] 器質性脳症候群: [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

症状	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり] 高血圧: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()	全身倦怠感: [なし ・ あり] 溶血性貧血: [なし ・ あり]	浮腫: [なし ・ あり]
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり] 筋炎: [なし ・ あり]	筋痛: [なし ・ あり]	筋力低下: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり] 円盤状紅斑: [なし ・ あり] 鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()	レイノー現象: [なし ・ あり] 蝶形紅斑: [なし ・ あり]	脱毛: [なし ・ あり] 口腔内潰瘍: [なし ・ あり]
	眼	眼痛: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()	視力低下: [なし ・ あり]	
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 肺梗塞: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()	間質性肺炎: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり]	肺出血: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり]

症状	腎・泌尿器	ネフローゼ症候群: [なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他): ()	急性腎不全: [なし ・ あり]	慢性腎不全: [なし ・ あり]
	消化器	腹痛: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()	腹膜刺激症状: [なし ・ あり]	下痢: [なし ・ あり]
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり] 脳出血: [なし ・ あり] 脊髄障害: [なし ・ あり] 脳神経症状: [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他): ()	意識障害: [なし ・ あり] 脳梗塞: [なし ・ あり] 無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]	精神症状: [なし ・ あり] 多発単神経炎: [なし ・ あり] 器質性脳症候群: [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 血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL ALT: ()U/L BUN: ()mg/dL 赤沈 (1時間値): ()mm/h CH50: ()U/mL・未実施	白血球分画: リンパ球: ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清クレアチニン: ()mg/dL 抗核抗体: ()倍・未実施	網赤血球: ()% APTT: ()秒 AST: ()U/L 血清アマラーゼ: ()U/L 血清IgG: ()mg/dL C3: ()mg/dL C4: ()mg/dL
	抗SS-A/Ro抗体: オクタロニー法: ()倍・未実施 抗SS-B/La抗体: オクタロニー法: ()倍・未実施 抗カルジオリピン抗体 (IgG): ()U/mL・未実施 抗CLβ2GP1抗体: ()U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量): ()IU/mL・未実施 抗dsDNA抗体: ()IU/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体: ()U/mL・未実施 自己抗体 (その他): ()	抗SS-A/Ro抗体: EIA法: ()U/mL・未実施 抗SS-B/La抗体: EIA法: ()U/mL・未実施 抗カルジオリピン抗体 (IgM): ()U/mL・未実施 ループスアンチコアグラント: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施 抗Sm抗体: ()U/mL・未実施	
尿検査	細胞円柱: [なし ・ あり ・ 未実施] 尿中蛋白量: ()mg/dL	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ()	一日尿蛋白量: ()g/day・未実施 尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
病理検査	腎生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) INS/RPS分類 (Class): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI]	生検 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
	脳波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()		
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
眼科学的検査	眼科学的検査: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()		

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 血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL ALT: ()U/L BUN: ()mg/dL 赤沈 (1時間値): ()mm/h CH50: ()U/mL・未実施	白血球分画: リンパ球: ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清クレアチニン: ()mg/dL CRP: ()mg/dL C3: ()mg/dL 抗核抗体: ()倍・未実施	網赤血球: ()% APTT: ()秒 AST: ()U/L 血清アマラーゼ: ()U/L 血清IgG: ()mg/dL C4: ()mg/dL
	抗SS-A/Ro抗体: オクタロニー法: ()倍・未実施 抗SS-B/La抗体: オクタロニー法: ()倍・未実施 抗カルジオリピン抗体 (IgG): ()U/mL・未実施 抗CLβ2GP1抗体: ()U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量): ()IU/mL・未実施 抗dsDNA抗体: ()IU/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体: ()U/mL・未実施 自己抗体 (その他): ()	抗SS-A/Ro抗体: EIA法: ()U/mL・未実施 抗SS-B/La抗体: EIA法: ()U/mL・未実施 抗カルジオリピン抗体 (IgM): ()U/mL・未実施 ループスアンチコアグラント: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施 抗Sm抗体: ()U/mL・未実施	
尿検査	細胞円柱: [なし ・ あり ・ 未実施] 尿中蛋白量: ()mg/dL	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ()	一日尿蛋白量: ()g/day・未実施 尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
病理検査	腎生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) INS/RPS分類 (Class): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI]	生検 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	

生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
画像検査	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	抗リン脂質症候群：[なし ・ あり] シェーグレン症候群：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()
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] クロロキン製剤：[なし ・ あり] 免疫調整薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[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]
	生物学的製剤：[なし ・ あり] 詳細：()
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 ()