

告示番号		9		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	2 全身性エリテマトーデス							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)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
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)									
症状	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり]			全身倦怠感: [なし ・ あり]			浮腫: [なし ・ あり]					
		高血圧: [なし ・ あり]			溶血性貧血: [なし ・ あり]								
		全身症状 (その他): ()											
	筋・骨格	2箇以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり]			筋痛: [なし ・ あり]			筋力低下: [なし ・ あり]					
		筋炎: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり]			レイノー現象: [なし ・ あり]			脱毛: [なし ・ あり]					
		円盤状紅斑: [なし ・ あり]			蝶形紅斑: [なし ・ あり]			口腔内潰瘍: [なし ・ あり]					
		鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり]											
		皮膚・粘膜症状 (その他): ()											
眼	眼痛: [なし ・ あり]			視力低下: [なし ・ あり]									
	眼症状 (その他): ()												
呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり]			間質性肺炎: [なし ・ あり]			肺出血: [なし ・ あり]						
	肺梗塞: [なし ・ あり]			肺高血圧症: [なし ・ あり]			心膜炎: [なし ・ あり]						
	循環器・呼吸器症状 (その他): ()												
腎・泌尿器	ネフローゼ候群: [なし ・ あり]			急性腎不全: [なし ・ あり]			慢性腎不全: [なし ・ あり]						
	腎・泌尿器症状 (その他): ()												
消化器	腹痛: [なし ・ あり]			腹膜刺激症状: [なし ・ あり]			下痢: [なし ・ あり]						
	消化器症状 (その他): ()												
精神・神経	痙攣: [なし ・ あり]			意識障害: [なし ・ あり]			精神症状: [なし ・ あり]						
	脳出血: [なし ・ あり]			脳梗塞: [なし ・ あり]			多発単神経炎: [なし ・ あり]						
	脊髄障害: [なし ・ あり]			無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]			器質性脳症候群: [なし ・ あり]						
	脳神経症状: [なし ・ あり]												
	精神・神経症状 (その他): ()												
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]			全身倦怠感: [なし ・ あり]			浮腫: [なし ・ あり]					
		高血圧: [なし ・ あり]			溶血性貧血: [なし ・ あり]								
		全身症状 (その他): ()											
	筋・骨格	2箇以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり]			筋痛: [なし ・ あり]			筋力低下: [なし ・ あり]					
		筋炎: [なし ・ あり]											
皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり]			レイノー現象: [なし ・ あり]			脱毛: [なし ・ あり]						
	円盤状紅斑: [なし ・ あり]			蝶形紅斑: [なし ・ あり]			口腔内潰瘍: [なし ・ あり]						
	鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり]												
	皮膚・粘膜症状 (その他): ()												
眼	眼痛: [なし ・ あり]			視力低下: [なし ・ あり]									
	眼症状 (その他): ()												
呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり]			間質性肺炎: [なし ・ あり]			肺出血: [なし ・ あり]						
	肺梗塞: [なし ・ あり]			肺高血圧症: [なし ・ あり]			心膜炎: [なし ・ あり]						
	循環器・呼吸器症状 (その他): ()												

告示番号 **9** 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	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	白血球分画:リンパ球:()%	網赤血球:()%
	ヘモグロビン (Hb):()g/dL	血小板数:()×10 ⁴ /μL	APTT:()秒
血液検査	血清総ビリルビン (T-Bil):()mg/dL	血清直接ビリルビン (D-Bil):()mg/dL	AST:()U/L
	ALT:()U/L	LDH:()U/L	血清アマラーゼ:()U/L
	BUN:()mg/dL	血清クレアチニン:()mg/dL	血清IgG:()mg/dL
	赤沈 (1時間値):()mm/h	CRP:()mg/dL	C3:()mg/dL
	CH50:()U/mL・未実施	抗核抗体:()倍・未実施	C4:()mg/dL
	抗SS-A/Ro抗体:オクタロニー法:()倍・未実施	抗SS-A/Ro抗体:EIA法:()U/mL・未実施	
	抗SS-B/La抗体:オクタロニー法:()倍・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 (IgG):()U/mL・未実施	抗カルジオリピン抗体 (IgM):()U/mL・未実施	
	抗CLβ2GP1抗体:()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]	
	リウマトイド因子 (定量):()IU/mL・未実施	血清ハプトグロビン:()mg/dL・未実施	
	抗dsDNA抗体:()IU/mL・未実施	抗Sm抗体:()U/mL・未実施	
	抗RNP (U1-RNP) 抗体:()U/mL・未実施		
	自己抗体 (その他):()		
	尿検査	細胞円柱:[なし ・ あり ・ 未実施]	血尿:[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]
	尿中蛋白量:()mg/dL	尿蛋白量/尿中クレアチニン比:()	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]		
生理機能検査	生検 (その他):[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	
	部位:()		
画像検査	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:()		
画像検査	MRI検査:[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	
	部位:()		
眼科学的検査	眼科学的検査:[未実施 ・ 実施]		
	部位:()		
眼科学的検査	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	白血球分画:リンパ球:()%	網赤血球:()%
	ヘモグロビン (Hb):()g/dL	血小板数:()×10 ⁴ /μL	APTT:()秒
血液検査	血清総ビリルビン (T-Bil):()mg/dL	血清直接ビリルビン (D-Bil):()mg/dL	AST:()U/L
	ALT:()U/L	LDH:()U/L	血清アマラーゼ:()U/L
	BUN:()mg/dL	血清クレアチニン:()mg/dL	血清IgG:()mg/dL
	赤沈 (1時間値):()mm/h	CRP:()mg/dL	C3:()mg/dL
	CH50:()U/mL・未実施	抗核抗体:()倍・未実施	C4:()mg/dL
	抗SS-A/Ro抗体:オクタロニー法:()倍・未実施	抗SS-A/Ro抗体:EIA法:()U/mL・未実施	
	抗SS-B/La抗体:オクタロニー法:()倍・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 (IgG):()U/mL・未実施	抗カルジオリピン抗体 (IgM):()U/mL・未実施	
	抗CLβ2GP1抗体:()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]	
	リウマトイド因子 (定量):()IU/mL・未実施	血清ハプトグロビン:()mg/dL・未実施	
	抗dsDNA抗体:()IU/mL・未実施	抗Sm抗体:()U/mL・未実施	
	抗RNP (U1-RNP) 抗体:()U/mL・未実施		
	自己抗体 (その他):()		
	尿検査	細胞円柱:[なし ・ あり ・ 未実施]	血尿:[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]
	尿中蛋白量:()mg/dL	尿蛋白量/尿中クレアチニン比:()	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]		
病理検査	生検 (その他):[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	
	部位:()		
病理検査	所見:()		

告示番号	9 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
生理機能検査	脳波検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
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] 合併症 (その他): ()	シェーグレン症候群: [なし ・ あり]	
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] 免疫調整薬: [なし ・ あり] 強心薬: [なし ・ あり] 生物学的製剤: [なし ・ あり] 詳細: ()	ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 利尿薬: [なし ・ あり]	クロロキン製剤: [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]
	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		
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