

告示番号 **9** 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	2 全身性エリテマトーデス			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 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		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		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)							
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箇所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	ネフローゼ症候群: [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): ()							
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		血清アミラーゼ: ()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		C4: ()mg/dL	
	CH50: ()U/mL・未実施		抗核抗体: ()倍・未実施					
	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): ()								

告示番号	9 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
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		
血液浄化	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	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