

病名	<b>2 全身性エリテマトーデス</b>					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		歳	か	月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
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				する ・ しない ・ 不明			
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 <sup>4</sup> /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			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): ( )												

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 ] 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		
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 ( )	