

病名	3 皮膚筋炎/多発性筋炎			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		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

診断	診断分類 (皮膚筋炎/多発性筋炎): [皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]				
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]	体重減少: [なし ・ あり]	浮腫 (全身性): [なし ・ あり]	リンパ節腫脹: [なし ・ あり]
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり]	関節拘縮: [なし ・ あり]	関節痛: [なし ・ あり]	筋把握痛: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	爪郭発赤: [なし ・ あり]	日光過敏: [なし ・ あり]	レイノー現象: [なし ・ あり]	蝶形紅斑: [なし ・ あり]
	眼	網膜血管病変: [なし ・ あり]	眼症状 (その他): ()		
	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [なし ・ あり]	乾性咳嗽: [なし ・ あり]	呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり]	
	消化器	消化管潰瘍: [なし ・ あり]	消化管穿孔: [なし ・ あり]		
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり]	精神症状: [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

診断	診断分類 (皮膚筋炎/多発性筋炎): [皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]				
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]	体重減少: [なし ・ あり]	浮腫 (全身性): [なし ・ あり]	リンパ節腫脹: [なし ・ あり]
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり]	関節拘縮: [なし ・ あり]	関節痛: [なし ・ あり]	筋把握痛: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	爪郭発赤: [なし ・ あり]	日光過敏: [なし ・ あり]	レイノー現象: [なし ・ あり]	蝶形紅斑: [なし ・ あり]
	眼	網膜血管病変: [なし ・ あり]	眼症状 (その他): ()		
	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [なし ・ あり]	乾性咳嗽: [なし ・ あり]	呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり]	
	消化器	消化管潰瘍: [なし ・ あり]	消化管穿孔: [なし ・ あり]		
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり]	精神症状: [なし ・ あり]		
	その他	症状 (その他): ()			

告示番号 **10** 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	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他)：()	精神症状：[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 血小板数：()×10 ⁴ /μL FDP：()μg/mL・未実施 BUN：()mg/dL アルドラーゼ：これまでの最高値：()U/L 赤沈 (1時間値)：()mm/h CH50：()U/mL・未実施	リンパ球：()% APTT：()秒 AST：()U/L ALT：()U/L 血清クレアチニン：()mg/dL 血清IgG：()mg/dL CRP：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL D-dimer：()μg/mL・未実施 LDH：()U/L CK：これまでの最高値：()U/L KL-6：()U/mL・未実施 C3：()mg/dL C4：()mg/dL	ヘマトクリット (Ht)：()%
	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 リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施 抗セントロメア抗体：()U/mL・未実施 抗dsDNA抗体：()IU/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Scl-70抗体：()U/mL・未実施 抗Jo-1抗体：()U/mL 抗ARS抗体スクリーニング：[陰性 ・ 陽性] 抗Sm抗体：()U/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体：()U/mL・未実施		

尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 一日尿蛋白量：()g/day・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
-----	---	--

病理検査	筋生検：[未実施 ・ 実施] 筋線維の変性及び細胞浸潤：[なし ・ あり]	実施日：(年 月 日) 皮膚生検：[未実施 ・ 実施]	皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]
	生検 (その他)：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()	実施日：(年 月 日)	

生理機能検査	筋電図検査：[未実施 ・ 実施]	筋電図筋原性変化：[なし ・ あり]
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施] 所見 (その他)：()	実施日：(年 月 日) 拘束性障害：[なし ・ あり]
	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日) DLco：()mL/min/mmHg

画像検査	CT検査 (肺)：[未実施 ・ 実施] 間質性陰影：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()	実施日：(年 月 日) 胸水：[なし ・ あり]
	MRI検査 (筋)：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()	実施日：(年 月 日)

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL 血小板数：()×10 ⁴ /μL FDP：()μg/mL・未実施 BUN：()mg/dL アルドラーゼ：これまでの最高値：()U/L 赤沈 (1時間値)：()mm/h CH50：()U/mL・未実施	リンパ球：()% APTT：()秒 AST：()U/L ALT：()U/L 血清クレアチニン：()mg/dL 血清IgG：()mg/dL CRP：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL D-dimer：()μg/mL・未実施 LDH：()U/L CK：これまでの最高値：()U/L KL-6：()U/mL・未実施 C3：()mg/dL C4：()mg/dL	ヘマトクリット (Ht)：()%
	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 リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施 抗セントロメア抗体：()U/mL・未実施 抗dsDNA抗体：()IU/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Scl-70抗体：()U/mL・未実施 抗Jo-1抗体：()U/mL 抗ARS抗体スクリーニング：[陰性 ・ 陽性] 抗Sm抗体：()U/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体：()U/mL・未実施		

尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 一日尿蛋白量：()g/day・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
-----	---	--

病理検査	筋生検：[未実施 ・ 実施] 筋線維の変性及び細胞浸潤：[なし ・ あり]	実施日：(年 月 日) 皮膚生検：[未実施 ・ 実施]	皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]
	生検 (その他)：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()	実施日：(年 月 日)	

生理機能検査	筋電図検査：[未実施 ・ 実施]	筋電図筋原性変化：[なし ・ あり]
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施] 所見 (その他)：()	実施日：(年 月 日) 拘束性障害：[なし ・ あり]
	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日) DLco：()mL/min/mmHg

画像検査	CT検査 (肺)：[未実施 ・ 実施] 間質性陰影：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()	実施日：(年 月 日) 胸水：[なし ・ あり]
	MRI検査 (筋)：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()	実施日：(年 月 日)

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()		
-----	-----------------------------	--	--

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]	ステロイドパルス療法: [なし ・ あり]
	クロロキン製剤: [なし ・ あり]	免疫調整薬: [なし ・ あり]	メトトレキサート: [なし ・ あり]
	免疫抑制薬: [なし ・ あり]	生物学的製剤: [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]

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 ()			