

告示番号		10		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	3 皮膚筋炎/多発性筋炎							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	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 )												
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 ]					
	全身症状 (その他): ( )												
	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 ]					
	筋痛: [ なし ・ あり ] 筋力低下: [ なし ・ あり ] 筋萎縮: [ なし ・ あり ]												
	筋・骨格症状 (その他): ( )												
	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 ]					
	紅斑 (関節伸側): [ なし ・ あり ] ゴットロン丘疹: [ なし ・ あり ] ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑): [ なし ・ あり ]												
ヘリオトロープ疹: [ なし ・ あり ] 皮下石灰化: [ なし ・ あり ] 粘膜潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚潰瘍: [ なし ・ あり ]													
皮膚・粘膜症状 (その他): ( )													
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 ]			心膜炎: [ なし ・ あり ]					
心筋炎: [ なし ・ あり ] 心電図異常: [ なし ・ あり ]													
循環器・呼吸器症状 (その他): ( )													
消化器	消化管潰瘍: [ なし ・ あり ]		消化管穿孔: [ なし ・ あり ]										
消化器症状 (その他): ( )													
精神・神経	痙攣: [ なし ・ あり ]		精神症状: [ 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		リンパ球: ( )%		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL		ヘマトクリット (Ht): ( )%						
	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		APTT: ( )秒		D-dimer: ( )μg/mL・未実施								
	FDP: ( )μg/mL・未実施		AST: ( )U/L		ALT: ( )U/L		LDH: ( )U/L						
	BUN: ( )mg/dL		血清クレアチニン: ( )mg/dL		CK: これまでの最高値: ( )U/L								
	アルドラーゼ: これまでの最高値: ( )U/L		血清IgG: ( )mg/dL		KL-6: ( )U/mL・未実施								
	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										
	リウマトイド因子 (定量): ( )IU/mL・未実施		抗Scl-70抗体: ( )U/mL・未実施										
抗セントロメア抗体: ( )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 ]									
一日尿蛋白量: ( )g/day・未実施		尿中蛋白量: ( )mg/dL											

告示番号	10	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
病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	筋線維の変性及び細胞浸潤：[ なし ・ あり ]		皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ]		
生理機能検査	呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	所見 (その他)：( )		拘束性障害：[ なし ・ あり ]		
画像検査	CT検査 (肺)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	間質性陰影：[ なし ・ あり ]		胸水：[ なし ・ あり ]		
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	MRI検査 (筋)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	部位：( )		所見：( )		
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 ]
	免疫抑制薬：[ 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 ]
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 ]		
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