

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 → ()							
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	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														
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 ⁴ /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] 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]	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]	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]	実施日：(年 月 日)	部位：()	所見：()	
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]	実施日：(年 月 日)	拘束性障害：[なし ・ あり]
	所見 (その他)：()		肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	DLco：()mL/min/mmHg
	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]	所見 (その他)：()
画像検査	MRI検査 (筋)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	部位：()	所見：()	

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 ()