

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|---------------|---------------------------|----------------------|---|-----------------------------|---------------|---|
| 病名 | 6 ベーチェット (Behcet) 病 | | | | | 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 | | | 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 (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

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|-----------------------|--|---------------------|--|---------------------|--|------------------------|--|----------------------|--|-------------------------------|--|--------------------|--|
| 症状 | 筋・骨格 | 関節炎: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 結節性紅斑様皮疹: [なし ・ あり] | | 座瘡様皮疹: [なし ・ あり] | | 毛嚢炎様皮疹: [なし ・ あり] | | 皮下の血栓性静脈炎: [なし ・ あり] | | 外陰部潰瘍: [なし ・ あり] | | 再発性アフタ性潰瘍 (口腔粘膜): [なし ・ あり] | | 皮膚・粘膜症状 (その他): () | |
| | 眼 | 網膜ぶどう膜炎: [なし ・ あり] | | 虹彩毛様体炎: [なし ・ あり] | | 視力障害: [なし ・ あり] | | 部位: [左 ・ 右 ・ 両側] | | 詳細: () | | 眼症状 (その他): () | | | |
| | 呼吸器・循環器 | 肺梗塞: [なし ・ あり] | | 動脈血栓症: [なし ・ あり] | | 動脈瘤: [なし ・ あり] | | 血管障害 (その他): () | | 深部静脈血栓症: [なし ・ あり] | | | | | |
| | 腎・泌尿器 | 精巣上体炎: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 腹痛: [なし ・ あり] | | 消化管潰瘍: [なし ・ あり] | | 消化管出血: [なし ・ あり] | | 消化器症状 (その他): () | | | | | | | |
| | 精神・神経 | 精神症状: [なし ・ あり] | | 脳脊髄症状: [なし ・ あり] | | 頭痛: [なし ・ あり] | | 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] | | 精神・神経症状 (その他): () | | | | | |
| | その他 | 症状 (その他): () | | | | | | | | | | | | | |

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|-----------------------|--|---------------------|--|---------------------|--|------------------------|--|----------------------|--|-------------------------------|--|--------------------|--|
| 症状 | 筋・骨格 | 関節炎: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 結節性紅斑様皮疹: [なし ・ あり] | | 座瘡様皮疹: [なし ・ あり] | | 毛嚢炎様皮疹: [なし ・ あり] | | 皮下の血栓性静脈炎: [なし ・ あり] | | 外陰部潰瘍: [なし ・ あり] | | 再発性アフタ性潰瘍 (口腔粘膜): [なし ・ あり] | | 皮膚・粘膜症状 (その他): () | |
| | 眼 | 網膜ぶどう膜炎: [なし ・ あり] | | 虹彩毛様体炎: [なし ・ あり] | | 視力障害: [なし ・ あり] | | 部位: [左 ・ 右 ・ 両側] | | 詳細: () | | 眼症状 (その他): () | | | |
| | 呼吸器・循環器 | 肺梗塞: [なし ・ あり] | | 動脈血栓症: [なし ・ あり] | | 動脈瘤: [なし ・ あり] | | 血管障害 (その他): () | | 深部静脈血栓症: [なし ・ あり] | | | | | |
| | 腎・泌尿器 | 精巣上体炎: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 腹痛: [なし ・ あり] | | 消化管潰瘍: [なし ・ あり] | | 消化管出血: [なし ・ あり] | | 消化器症状 (その他): () | | | | | | | |
| | 精神・神経 | 精神症状: [なし ・ あり] | | 脳脊髄症状: [なし ・ あり] | | 頭痛: [なし ・ あり] | | 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] | | 精神・神経症状 (その他): () | | | | | |
| | その他 | 症状 (その他): () | | | | | | | | | | | | | |

告示番号 **11** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

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 CH50：()U/mL・未実施 CRP：()mg/dL | ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血清IgD：()mg/dL・未実施 | 血小板数：()×10 ⁴ /μL 赤沈 (1時間値)：()mm/h |
| 病理検査 | 生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：() | | |
| 皮膚科的検査 | 針反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] | | |
| 遺伝学的検査 | HLA遺伝子型判定：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 抗原型 (HLA-A) ①：() 抗原型 (HLA-A) ②：() 抗原型 (HLA-B) ①：() 抗原型 (HLA-B) ②：() 抗原型 (HLA-DR) ①：() 抗原型 (HLA-DR) ②：() 抗原型 (HLA-DQ) ①：() 抗原型 (HLA-DQ) ②：() | | |

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

| | | | |
|--------|--|---|---|
| 血液検査 | 白血球数：()/μL CH50：()U/mL・未実施 CRP：()mg/dL | ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血清IgD：()mg/dL・未実施 | 血小板数：()×10 ⁴ /μL 赤沈 (1時間値)：()mm/h |
| 病理検査 | 生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：() | | |
| 皮膚科的検査 | 針反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] | | |
| 遺伝学的検査 | HLA遺伝子型判定：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 抗原型 (HLA-A) ①：() 抗原型 (HLA-A) ②：() 抗原型 (HLA-B) ①：() 抗原型 (HLA-B) ②：() 抗原型 (HLA-DR) ①：() 抗原型 (HLA-DR) ②：() 抗原型 (HLA-DQ) ①：() 抗原型 (HLA-DQ) ②：() | | |

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：() | | |
| 家族歴 | 本疾患の家族歴 父：[なし ・ あり ・ 不明] 姉妹：[なし ・ あり ・ 不明] 母方祖父：[なし ・ あり ・ 不明] | 母：[なし ・ あり ・ 不明] 父方祖父：[なし ・ あり ・ 不明] いとこ：[なし ・ あり ・ 不明] | 兄弟：[なし ・ あり ・ 不明] 父方祖母：[なし ・ あり ・ 不明] その他：[なし ・ あり ・ 不明] |

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] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 強心薬：[なし ・ あり] | ステロイド薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり] | 免疫調整薬：[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 () | |