

病名	6 ベーチェット (Behcet) 病					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	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	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]			深部静脈血栓症: [なし ・ あり]			
		動脈瘤: [なし ・ あり]			血管障害 (その他): ()						
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]			頭痛: [なし ・ あり]			麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]				
	脳脊髄症状: [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: () / μ L			ヘモグロビン (Hb): () g/dL			血小板数: () $\times 10^4$ / μ L				
	CH50: () U/mL ・ 未実施			血清IgD: () mg/dL ・ 未実施			赤沈 (1時間値): () mm/h				
	CRP: () mg/dL										
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: ()										

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

家族歴	本疾患の家族歴 : 父: [なし ・ あり ・ 不明] 母: [なし ・ あり ・ 不明] 兄弟: [なし ・ あり ・ 不明] 姉妹: [なし ・ あり ・ 不明] 父方祖父: [なし ・ あり ・ 不明] 父方祖母: [なし ・ あり ・ 不明] 母方祖父: [なし ・ あり ・ 不明] いとこ: [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] ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 生物学的製剤: [なし ・ あり] 強心薬: [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 ()