

告示番号 **5** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/4**

病名	8 多発血管炎性肉芽腫症				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)			
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	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	治療 ・ 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							
最終受診日	(年 月 日)						
診断	診断の根拠: [臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]				診断時期: (年 月 日)		
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]	体重減少: [なし ・ あり]	易疲労性: [なし ・ あり])	
		浮腫: [なし ・ あり]	高血圧: [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]	関節痛: [なし ・ あり]	筋痛: [なし ・ あり]	筋力低下: [なし ・ あり])	
		筋・骨格症状 (その他): ()					
	皮膚・粘膜	リパドー: [なし ・ あり]	結節性紅斑: [なし ・ あり]	皮下結節: [なし ・ あり]	壊疽: [なし ・ あり])	
		紫斑: [なし ・ あり]	口腔内潰瘍: [なし ・ あり]	潰瘍: [なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜症状 (その他): ()					
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり]	上強膜炎: [なし ・ あり]	結膜炎: [なし ・ あり]	眼底出血: [なし ・ あり])	
	白斑: [なし ・ あり]	視力障害: [なし ・ あり]					
	眼症状 (その他): ()						
耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]	鼻閉: [なし ・ あり]	嚔声: [なし ・ あり]	気道閉塞: [なし ・ あり])		
	副鼻腔炎: [なし ・ あり]	中耳炎: [なし ・ あり]	鞍鼻: [なし ・ あり]	難聴: [なし ・ あり]			
	めまい: [なし ・ あり]	耳鼻咽喉症状 (その他): ()					
呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり]	間質性肺炎: [なし ・ あり]	血痰: [なし ・ あり]	肺泡出血: [なし ・ あり])		
	肺高血圧症: [なし ・ あり]	咳嗽: [なし ・ あり]	息切れ: [なし ・ あり]	動悸: [なし ・ あり]			
	胸痛・胸部圧迫感: [なし ・ あり]	間欠跛行: [なし ・ あり]	脈拍欠損: [なし ・ あり]	血管雑音: [なし ・ あり]			
	血圧差 (左右または上下肢の血圧差10mmHg以上): [なし ・ あり]						
	循環器・呼吸器症状 (その他): ()						
腎・泌尿器	急性腎不全: [なし ・ あり]	慢性腎不全: [なし ・ あり]	急速進行性糸球体腎炎: [なし ・ あり]	腎梗塞: [なし ・ あり])		
	腎・泌尿器症状 (その他): ()						
消化器	吐血: [なし ・ あり]	下血: [なし ・ あり]	イレウス: [なし ・ あり]	非特異的炎症性腸炎: [なし ・ あり])		
	消化器症状 (その他): ()						
精神・神経	痙攣: [なし ・ あり]	意識障害: [なし ・ あり]	精神症状: [なし ・ あり]	脳出血: [なし ・ あり])		
	脳梗塞: [なし ・ あり]	脊髄障害: [なし ・ あり]	麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]	多発性単神経炎: [なし ・ あり]			
	無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]						
	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							
診断	診断の根拠: [臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]				診断時期: (年 月 日)		
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]	体重減少: [なし ・ あり]	易疲労性: [なし ・ あり])	
		浮腫: [なし ・ あり]	高血圧: [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]	関節痛: [なし ・ あり]	筋痛: [なし ・ あり]	筋力低下: [なし ・ あり])		
	筋・骨格症状 (その他): ()						
皮膚・粘膜	リパドー: [なし ・ あり]	結節性紅斑: [なし ・ あり]	皮下結節: [なし ・ あり]	壊疽: [なし ・ あり])		
	紫斑: [なし ・ あり]	口腔内潰瘍: [なし ・ あり]	潰瘍: [なし ・ あり]				
	皮膚・粘膜症状 (その他): ()						

告示番号 **5** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/4**

症状	眼	ぶどう膜炎:[なし ・ あり] 上強膜炎:[なし ・ あり] 結膜炎:[なし ・ あり] 眼底出血:[なし ・ あり] 白斑:[なし ・ あり] 視力障害:[なし ・ あり] 眼症状 (その他):()
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし ・ あり] 鼻閉:[なし ・ あり] 嚔声:[なし ・ あり] 気道閉塞:[なし ・ あり] 副鼻腔炎:[なし ・ あり] 中耳炎:[なし ・ あり] 鞍鼻:[なし ・ あり] 難聴:[なし ・ あり] めまい:[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状 (その他):()
	呼吸器・循環器	胸膜炎:[なし ・ あり] 間質性肺炎:[なし ・ あり] 血痰:[なし ・ あり] 肺泡出血:[なし ・ あり] 肺高血圧症:[なし ・ あり] 咳嗽:[なし ・ あり] 息切れ:[なし ・ あり] 動悸:[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感:[なし ・ あり] 間欠跛行:[なし ・ あり] 脈拍欠損:[なし ・ あり] 血管雑音:[なし ・ あり] 血圧差 (左右または上下肢の血圧差10mmHg以上):[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他):()
	腎・泌尿器	急性腎不全:[なし ・ あり] 慢性腎不全:[なし ・ あり] 急速進行性糸球体腎炎:[なし ・ あり] 腎梗塞:[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他):()
	消化器	吐血:[なし ・ あり] 下血:[なし ・ あり] イレウス:[なし ・ あり] 非特異的炎症性腸炎:[なし ・ あり] 消化器症状 (その他):()
	精神・神経	痙攣:[なし ・ あり] 意識障害:[なし ・ あり] 精神症状:[なし ・ あり] 脳出血:[なし ・ あり] 脳梗塞:[なし ・ あり] 脊髄障害:[なし ・ あり] 麻痺:[なし ・ あり ・ 不明] 多発性単神経炎:[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎:[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 (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 リンパ球:()% 好酸球:()% ヘモグロビン (Hb):()g/dL ヘマトクリット (Ht):()% 血小板数:()×10 ⁴ /μL PT-INR:() APTT:()秒 D-dimer:()μg/mL・未実施 FDP:()μg/mL・未実施 血清クレアチニン:()mg/dL CH50:()U/mL・未実施 血清IgG:()mg/dL 血清IgE:()IU/mL 赤沈 (1時間値):()mm/h CRP:()mg/dL 抗核抗体:()倍・未実施 KL-6:()U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量):()IU/mL・未実施 PR3-ANCA:()IU/mL・未実施 MPO-ANCA:()IU/mL・未実施 抗GBM抗体:()U/mL・未実施
	尿検査
便検査	便潜血:[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
病理検査	生検:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()
	超音波検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()
	CT検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()
	MRI検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()
	MRA検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()
	PET検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()
	血管造影:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()
画像検査 (その他):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 検査名:() 部位:() 所見:()	

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:()% 好酸球:()% ヘモグロビン (Hb):()g/dL ヘマトクリット (Ht):()% 血小板数:()×10 ⁴ /μL PT-INR:() APTT:()秒 D-dimer:()μg/mL・未実施 FDP:()μg/mL・未実施 血清クレアチニン:()mg/dL CH50:()U/mL・未実施 血清IgG:()mg/dL 血清IgE:()IU/mL 赤沈 (1時間値):()mm/h CRP:()mg/dL 抗核抗体:()倍・未実施 KL-6:()U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量):()IU/mL・未実施 PR3-ANCA:()IU/mL・未実施 MPO-ANCA:()IU/mL・未実施 抗GBM抗体:()U/mL・未実施
	尿検査

告示番号	5 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		3/4
便検査	便潜血: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	部位: ()		
	所見: ()		
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	部位: ()		
	所見: ()		
	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	部位: ()		
	所見: ()		
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	部位: ()		
MRA検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		
部位: ()			
所見: ()			
PET検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		
部位: ()			
所見: ()			
血管造影: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		
部位: ()			
所見: ()			
画像検査(その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		
検査名: ()			
部位: ()			
所見: ()			
その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載			
合併症	気管支喘息: [なし ・ あり]	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [なし ・ あり]	気道狭窄: [なし ・ あり]
	大腿骨頭壊死: [なし ・ あり]	顔面変形: [なし ・ あり]	
	合併症(その他): ()		
重症度分類	重症度(多発血管炎性肉芽腫症): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V]		
経過(申請時) ※直近の状況を記載			
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数: ()回	経過: [軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他]	
	症状の進行性: [なし ・ あり]		
	経過(その他): ()		
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]	免疫調整薬: [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: ()			
カテーテル治療	カテーテル治療: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	部位: ()		
術式: ()			
手術	手術: [未実施 ・ 実施 ・ 施行予定]	実施日: (年 月 日)	
	術式: ()		
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 ()		

告示番号	5	膠原病	()	年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	4/4
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