

告示番号 **2** 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	10 顕微鏡的多発血管炎				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] 浮腫: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり] 高血圧: [なし ・ あり]	体重減少: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり]	易疲労性: [なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()	関節痛: [なし ・ あり]	筋痛: [なし ・ あり]	筋力低下: [なし ・ あり]			
	皮膚・粘膜	リパドー: [なし ・ あり] 紫斑: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()	結節性紅斑: [なし ・ あり] 口腔内潰瘍: [なし ・ あり]	皮下結節: [なし ・ あり] 潰瘍: [なし ・ あり]	壊疽: [なし ・ あり]			
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 白斑: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()	上強膜炎: [なし ・ あり] 視力障害: [なし ・ あり]	結膜炎: [なし ・ あり]	眼底出血: [なし ・ あり]			
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり] 副鼻腔炎: [なし ・ あり] めまい: [なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状 (その他): ()	鼻閉: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり]	嚔声: [なし ・ あり] 鞍鼻: [なし ・ あり]	気道閉塞: [なし ・ あり] 難聴: [なし ・ あり]			
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感: [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): ()	間質性肺炎: [なし ・ あり] 咳嗽: [なし ・ あり] 間欠跛行: [なし ・ あり]	血痰: [なし ・ あり] 息切れ: [なし ・ あり] 脈拍欠損: [なし ・ あり]	肺泡出血: [なし ・ あり] 動悸: [なし ・ あり] 血管雑音: [なし ・ あり]			
	腎・泌尿器	急性腎不全: [なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他): ()	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]			
	消化器	吐血: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()	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]			
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり] 脳梗塞: [なし ・ あり] 無菌性髄膜炎: [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他): ()	意識障害: [なし ・ あり] 脊髄障害: [なし ・ あり]	精神症状: [なし ・ あり] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]	脳出血: [なし ・ あり] 多発性単神経炎: [なし ・ あり]			
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] 浮腫: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり] 高血圧: [なし ・ あり]	体重減少: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり]	易疲労性: [なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()	関節痛: [なし ・ あり]	筋痛: [なし ・ あり]	筋力低下: [なし ・ あり]			
	皮膚・粘膜	リパドー: [なし ・ あり] 紫斑: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()	結節性紅斑: [なし ・ あり] 口腔内潰瘍: [なし ・ あり]	皮下結節: [なし ・ あり] 潰瘍: [なし ・ あり]	壊疽: [なし ・ あり]			

告示番号 **2** 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 2 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: () 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: ()		
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] 合併症(その他): ()	
重症度分類	重症度(顕微鏡的多発血管炎): [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 症状の進行性: [なし ・ あり] 経過: [軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他] 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	2	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