

病名	10 顕微鏡的多発血管炎					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	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											
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]			
	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]		
	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]	
	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]	血圧差(左右または上下肢の血圧差10mmHg以上):[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]		
	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]		
	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]			
	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):()		

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

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] 大腿骨頭壊死: [なし ・ あり]	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [なし ・ あり] 合併症(その他): ()	気道狭窄: [なし ・ あり]
-----	---	--	-------------------

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 経過: [軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他] 経過(その他): ()	症状の進行性: [なし ・ あり]
------	---	---------------------

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: ()
------	--------------------------------

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)	通院頻度: ()回/月
	治療見込み期間(外来) 開始日: (年 月 日)	終了日: (年 月 日)	

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 (_____)