

病名	10 顕微鏡的多発血管炎			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	肥満度	%
	年 月 日		年 月 日	年 月 日			

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

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): ()				

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	細胞円柱: [なし ・ あり ・ 未実施]	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]	一日尿蛋白量: ()g/day ・ 未実施	
	尿中蛋白量: ()mg/dL			

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)	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 (_____)