

病名	12 再発性多発軟骨炎										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		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	確定診断の要件 (再発性多発軟骨炎) : () ① 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち2つの証明された炎症所見 () ② 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち1つの証明された炎症所見 + 眼病変、難聴・前庭障害、血清反応陰性関節炎のうちの2つの所見 () ③ ②の6つの症状のうち1所見 + 同部の組織陽性所見 ※軟骨の変性 (好塩基性低下、弾性線維と膠原線維の変性・断裂、線維化、石灰化) および炎症細胞浸潤など本症に合致した所見であること																		
症状	筋・骨格	血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎: [なし ・ あり]																	
	皮膚・粘膜	紫斑: [なし ・ あり]																	
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり]			網膜血管炎: [なし ・ あり]			強膜炎: [なし ・ あり]			結膜炎: [なし ・ あり]			角膜炎・角膜潰瘍: [なし ・ あり]			視力障害: [なし ・ あり]		
	耳鼻咽喉	嚔声: [なし ・ あり]			鼻軟骨炎: [なし ・ あり]			耳介軟骨の炎症、変形: [なし ・ あり]			伝音性難聴 (外耳道変形による): [なし ・ あり]			感音性難聴: [なし ・ あり]			めまい: [なし ・ あり]		
	呼吸器・循環器	咳嗽: [なし ・ あり]			喘鳴: [なし ・ あり]			気管切開: [なし ・ あり]			呼吸困難: [なし ・ あり]			大動脈弁閉鎖不全: [なし ・ あり]			僧帽弁閉鎖不全: [なし ・ あり]		
	消化器	悪心: [なし ・ あり]																	
	精神・神経	運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]																	
	その他	症状 (その他): ()																	
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																		
症状	筋・骨格	血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎: [なし ・ あり]																	
	皮膚・粘膜	紫斑: [なし ・ あり]																	
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり]			網膜血管炎: [なし ・ あり]			強膜炎: [なし ・ あり]			結膜炎: [なし ・ あり]			角膜炎・角膜潰瘍: [なし ・ あり]			視力障害: [なし ・ あり]		
	耳鼻咽喉	嚔声: [なし ・ あり]			鼻軟骨炎: [なし ・ あり]			耳介軟骨の炎症、変形: [なし ・ あり]			伝音性難聴 (外耳道変形による): [なし ・ あり]			感音性難聴: [なし ・ あり]			めまい: [なし ・ あり]		
	呼吸器・循環器	咳嗽: [なし ・ あり]			喘鳴: [なし ・ あり]			気管切開: [なし ・ あり]			呼吸困難: [なし ・ あり]			大動脈弁閉鎖不全: [なし ・ あり]			僧帽弁閉鎖不全: [なし ・ あり]		
	消化器	悪心: [なし ・ あり]																	
	精神・神経	運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]																	
	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 血小板数：()×10 ⁴ /μL CRP：()mg/dL MMP-3：()ng/mL・未実施	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 抗CCP抗体：()U/mL・未実施	ヘマトクリット (Ht)：()% 赤沈 (1時間値)：()mm/h リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施
尿検査	血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 蛋白尿：[なし ・ あり]		
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：()) 所見：())		
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：()		

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL 血小板数：()×10 ⁴ /μL CRP：()mg/dL MMP-3：()ng/mL・未実施	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 抗CCP抗体：()U/mL・未実施	ヘマトクリット (Ht)：()% 赤沈 (1時間値)：()mm/h リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施
尿検査	血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 蛋白尿：[なし ・ あり]		
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：()) 所見：())		
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	他の膠原病の合併：[なし ・ あり] 合併疾患名：()) 腎疾患の合併：[なし ・ あり] 合併疾患名：()) 合併症 (その他)：())
-----	---

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 ()