

病名	12 再発性多発軟骨炎			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	
	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

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]
		眼症状 (その他): ()		
	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]
		前庭障害 (その他): ()		
	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]	
	僧帽弁逸脱: [なし ・ あり]	大動脈瘤: [なし ・ あり]		
	循環器・呼吸器症状 (その他): ()			
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 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: () / μ L	ヘモグロビン (Hb): () g/dL	ヘマトクリット (Ht): () %
	血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L	血清クレアチニン: () mg/dL	赤沈 (1時間値): () mm/h
	CRP: () mg/dL	抗核抗体: () 倍・未実施	リウマトイド因子 (定量): () IU/mL・未実施
	MMP-3: () ng/mL・未実施	抗CCP抗体: () U/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：()
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 ()