

告示番号	23	膠原病	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/2
-------------	-----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	13 全身性強皮症					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)		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	BMI	%	
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)						
症状	皮膚・粘膜	スキンスコア値 (total skin thickness score) : () ・ 未実施					
		皮膚硬化 (体幹) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (上腕) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (前腕) : [なし ・ あり]			
		皮膚硬化 (手背) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (手指) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (足趾) : [なし ・ あり]			
	皮膚硬化 (足背) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (下腿) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (大腿) : [なし ・ あり]				
	レイノー現象 : [なし ・ あり]		手指先端部の虫食い状癬痕 : [なし ・ あり]	爪上皮内出血点 : [なし ・ あり]			
呼吸器・循環器	息切れ : [なし ・ あり]		動悸 : [なし ・ あり]	両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [なし ・ あり]			
消化器	胸やけ : [なし ・ あり]		胃食道逆流症 : [なし ・ あり]	食物のつかえ : [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							
症状	皮膚・粘膜	スキンスコア値 (total skin thickness score) : () ・ 未実施					
		皮膚硬化 (体幹) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (上腕) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (前腕) : [なし ・ あり]			
		皮膚硬化 (手背) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (手指) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (足趾) : [なし ・ あり]			
	皮膚硬化 (足背) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (下腿) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (大腿) : [なし ・ あり]				
	レイノー現象 : [なし ・ あり]		手指先端部の虫食い状癬痕 : [なし ・ あり]	爪上皮内出血点 : [なし ・ あり]			
呼吸器・循環器	息切れ : [なし ・ あり]		動悸 : [なし ・ あり]	両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [なし ・ あり]			
消化器	胸やけ : [なし ・ あり]		胃食道逆流症 : [なし ・ あり]	食物のつかえ : [なし ・ あり]			
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	抗核抗体 : () 倍 ・ 未実施		抗Scl-70抗体 : () U/mL ・ 未実施				
	抗セントロメア抗体 : () U/mL ・ 未実施		抗RNP (U1-RNP) 抗体 : () U/mL ・ 未実施				
	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]						
	筋炎特異的抗体 (その他) : ()						
病理検査	皮膚生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)			前腕伸側硬化 : [なし ・ あり]			
	所見 : ()						
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
血液検査	抗核抗体 : () 倍 ・ 未実施		抗Scl-70抗体 : () U/mL ・ 未実施				
	抗セントロメア抗体 : () U/mL ・ 未実施		抗RNP (U1-RNP) 抗体 : () U/mL ・ 未実施				
	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]						
	筋炎特異的抗体 (その他) : ()						

告示番号	23	膠原病 ()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/2
病理検査	皮膚生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 前腕伸側硬化: [なし ・ あり] 所見: ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
鑑別診断	限局性強皮症: [なし ・ あり]				
合併症	シェーブレン症候群: [なし ・ あり] 逆流性食道炎: [なし ・ あり] 強皮症腎クリーゼ: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
臨床経過	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] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] プロスタサイクリン: [なし ・ あり] ACE阻害薬: [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				
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 ()				
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