

告示番号 **23** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)

病名	13 強皮症			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		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	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]
	皮膚・粘膜症状 (その他) : ()			
	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]
		循環器・呼吸器症状 (その他) : ()		
	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]
		消化器症状 (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	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 : [なし ・ あり]	筋炎特異的抗体 (その他) : ()
病理検査	皮膚生検 : [なし ・ あり]	実施日 : (年 月 日)
	所見 : ()	前腕伸側硬化 : [なし ・ あり]

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	シェーグレン症候群 : [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 : [なし ・ あり]
	作業療法 : [なし ・ あり]
血液浄化	血液浄化法 : [なし ・ あり]
	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 ()	