

病名	<b>18 ブラウ (Blau) 症候群 / 若年発症サルコイドーシス</b>			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		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

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

基本情報	発症年齢: ( ) 歳		
症状	全身	発熱 ( 38℃以上 ): [ なし ・ あり ] 発熱 ( 38℃未満 ): [ なし ・ あり ] 発熱期間: ( ) 日間 熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 熱型 ( その他 ): ( ) 発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不規則 ] 周期性: [ なし ・ あり ] 発熱周期: ( ) か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎: [ なし ・ あり ]	
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 関節の機能障害: [ なし ・ あり ]	
		関節の囊腫状腫脹 ( 足背 ): [ なし ・ あり ] 関節の囊腫状腫脹 ( 手背 ): [ なし ・ あり ]	
		屈指症 ( 手指 ): [ なし ・ あり ] 屈指症 ( 足趾 ): [ なし ・ あり ]	
		骨髄炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 筋・骨格症状 ( その他 ): ( )	
	皮膚・粘膜	皮疹: [ なし ・ あり ] 詳細: ( ) 皮疹出現や増悪の契機: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )	
	眼	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ] 視力低下: [ なし ・ あり ] 眼症状 ( その他 ): ( )	
	消化器	炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )	
	その他	低ガンマグロブリン血症: [ なし ・ あり ] 症状 ( その他 ): ( )	

臨床所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載

症状	全身	発熱 ( 38℃以上 ): [ なし ・ あり ] 発熱 ( 38℃未満 ): [ なし ・ あり ] 発熱期間: ( ) 日間 熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 熱型 ( その他 ): ( ) 発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不規則 ] 周期性: [ なし ・ あり ] 発熱周期: ( ) か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎: [ なし ・ あり ]	
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 関節の機能障害: [ なし ・ あり ]	
		関節の囊腫状腫脹 ( 足背 ): [ なし ・ あり ] 関節の囊腫状腫脹 ( 手背 ): [ なし ・ あり ]	
		屈指症 ( 手指 ): [ なし ・ あり ] 屈指症 ( 足趾 ): [ なし ・ あり ]	
		骨髄炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 筋・骨格症状 ( その他 ): ( )	
	皮膚・粘膜	皮疹: [ なし ・ あり ] 詳細: ( ) 皮疹出現や増悪の契機: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )	
	眼	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ] 視力低下: [ なし ・ あり ] 眼症状 ( その他 ): ( )	
	消化器	炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]	

症状	精神・神経	神経症状：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
	その他	低ガンマグロブリン血症：[ なし ・ あり ] 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	血清IgG：( )mg/dL 血清アミロイドA：( )µg/mL・未実施 自己抗体 (その他)：( )	赤沈 (1時間値)：( )mm/h MMP-3：( )ng/mL・未実施	CRP：( )mg/dL
病理検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	部位：( )
画像検査	超音波検査 (関節)：[ 未実施 ・ 実施 ] 関節液貯留：[ なし ・ あり ] 腱鞘滑膜炎：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日 関節滑膜肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (関節内)：[ なし ・ あり ]	付着部肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (付着部)：[ なし ・ あり ]
	超音波検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	部位：( )
眼科学的検査	視力検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 右 (裸眼)：( ) 左 (裸眼)：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	右 (矯正後)：( ) 左 (矯正後)：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	NOD2遺伝子異常：[ なし ・ あり ]
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )		

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	血清IgG：( )mg/dL 血清アミロイドA：( )µg/mL・未実施 自己抗体 (その他)：( )	赤沈 (1時間値)：( )mm/h MMP-3：( )ng/mL・未実施	CRP：( )mg/dL
病理検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	部位：( )
画像検査	超音波検査 (関節)：[ 未実施 ・ 実施 ] 関節液貯留：[ なし ・ あり ] 腱鞘滑膜炎：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日 関節滑膜肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (関節内)：[ なし ・ あり ]	付着部肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (付着部)：[ なし ・ あり ]
	超音波検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	部位：( )
眼科学的検査	視力検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 右 (裸眼)：( ) 左 (裸眼)：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	右 (矯正後)：( ) 左 (矯正後)：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	実施日：( )年 ( )月 ( )日	NOD2遺伝子異常：[ なし ・ あり ]
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )		

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
家族歴	家系：[ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細：( )
	両親の血族婚：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )

**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 ] 免疫調整薬：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] メトトレキサート：[ なし ・ あり ] 強心薬：[ なし ・ あり ]	コルチヒン：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ]
	理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ] 血液浄化法：[ 未実施 ・ 実施 ] 詳細：( )	作業療法：[ 未実施 ・ 実施 ]	
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 ( ) \_\_\_\_\_