

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|---|----|--------------------------------|-------------------------|---|--|------|-----------------|---------------|---|---|---|-------|--|
| 病名 | 18 ブラウ (Blau) 症候群 / 若年発症サルコイドーシス | | | | | 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 (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 ・ 不定期] 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) : () | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液検査 | 血清IgG : () mg/dL | | | | 赤沈 (1時間値) : () mm/h | | | | CRP : () mg/dL | | | | | | |
| | 血清アミロイドA : () µg/mL ・ 未実施 | | | | MMP-3 : () ng/mL ・ 未実施 | | | | | | | | | | |
| 病理検査 | 生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 部位 : () 所見 : () | | | | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | 超音波検査 (関節) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 関節液貯留 : [なし ・ あり] 関節滑膜肥厚 : [なし ・ あり] 付着部肥厚 : [なし ・ あり] 腱鞘滑膜炎 : [なし ・ あり] 異常パワードプラ (関節内) : [なし ・ あり] 異常パワードプラ (付着部) : [なし ・ あり] 所見 (その他) : () | | | | | | | | | | | | | | |
| | 超音波検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : () | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼科学的検査 | 視力検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 右 (裸眼) : () 左 (裸眼) : () 右 (矯正後) : () 左 (矯正後) : () | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|------------------------|--|--|-----------------|
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) NOD2遺伝子異常：[なし ・ あり] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：() | | |
| 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] ステロイド薬：[なし ・ あり] コルチヒン：[なし ・ あり] 免疫調整薬：[なし ・ あり] メトトレキサート：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[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] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 詳細：() | | |
| | 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 | | (印) |
| | 医師名 | | |
| | 小児慢性特定疾病 指定医番号 () | | |