

病名	19 中條・西村症候群			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	肥満度 %
	年 月 日		年 月 日	年 月 日		

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	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]
		発熱: [なし ・ あり] 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
		寒冷誘発炎症: [なし ・ あり] 詳細: ()
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 関節拘縮: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり] 筋萎縮: [なし ・ あり] 筋炎: [なし ・ あり] 長く節くれ立った指: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 部位: () 筋・骨格症状 (その他): ()
	皮膚・粘膜	ヘリオトロープ様皮疹: [なし ・ あり] 結節性紅斑様皮疹: [なし ・ あり] 凍瘡様皮疹 (手足): [なし ・ あり] 限局性脂肪萎縮: [なし ・ あり] 皮疹 (その他): 部位: () 皮疹 (その他): ()
	眼	眼球突出: [なし ・ あり] 視力低下: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()
	内分泌・代謝	耐糖能異常: [なし ・ あり] 高コレステロール血症: [なし ・ あり] 高トリグリセリド血症: [なし ・ あり] 肥満: [なし ・ あり]
	精神・神経	てんかん: [なし ・ あり] 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 神経症状: [なし ・ あり] 詳細: ()
その他	症状 (その他): ()	

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

	ヘモグロビン (Hb): これまでの最低値: () g/dL
血液検査	赤沈 (1時間値): これまでの最高値: () mm/h
	赤沈 (1時間値): これまでの最低値: () mm/h
	CRP: これまでの最高値: () mg/dL
	CRP: これまでの最低値: () mg/dL
	血清アミロイドA: これまでの最高値: () µg/mL ・ 未実施
	血清アミロイドA: これまでの最低値: () µg/mL ・ 未実施
	プロカルシトニン: これまでの最高値: () ng/mL ・ 未実施
	プロカルシトニン: これまでの最低値: () ng/mL ・ 未実施
	LDH: これまでの最高値: () U/L
	CK: これまでの最高値: () U/L
血清IgG: これまでの最高値: () mg/dL	
血清IgE: これまでの最高値: () IU/mL	
抗核抗体: これまでの最高値: () 倍 ・ 未実施	
自己抗体 (その他): これまでの最高値: ()	
血液検査所見 (その他): ()	
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()

告示番号 **19** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

生理機能検査	心電図検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
画像検査	CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 大脳基底核石灰化: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()
	画像検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肝腫: [なし ・ あり] 脾腫: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) PSM88遺伝子疾患関連変異: [なし ・ あり] PSM88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: ()
予防接種歴 (生ワクチン)	BCG: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 麻疹: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 風疹: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 水痘: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] ムンプス: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] ロタウイルス: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 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] 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]
	免疫調整薬: [なし ・ あり] 詳細: ()
	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 詳細: ()
	生物学的製剤: [なし ・ あり] 詳細: ()
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [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 ()