

病名	<b>21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群</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 (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: [ なし ・ あり ] 熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 発熱期間: ( ) 日間 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
		アミロイドーシス (腎): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (肝): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (消化器): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (その他): ( )
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]
		関節腫脹: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( ) 歳 部位: ( )
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡: [ なし ・ あり ] □内炎: [ なし ・ あり ] 注射部位の膿瘍形成: [ なし ・ あり ]
		膿疱性ざ瘡: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( ) 歳 部位: ( ) 壊疽性膿皮症: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( ) 歳 部位: ( )
	眼	眼症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
	消化器	炎症性腸疾患: [ 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	全身	発熱: [ なし ・ あり ] 熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 発熱期間: ( ) 日間 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
		アミロイドーシス (腎): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (肝): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (消化器): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (その他): ( )
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]
		関節腫脹: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( ) 歳 部位: ( )
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡: [ なし ・ あり ] □内炎: [ なし ・ あり ] 注射部位の膿瘍形成: [ なし ・ あり ]
		膿疱性ざ瘡: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( ) 歳 部位: ( ) 壊疽性膿皮症: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( ) 歳 部位: ( )
	眼	眼症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
	消化器	炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]
その他	症状 (その他): ( )	

告示番号 **15** 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

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	白血球数: ( )/μL    ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL    ヘマトクリット (Ht): ( )%    血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL 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 自己抗体 (その他): ( )
病理検査	関節穿刺: [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: (    年    月    日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: (    年    月    日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
画像検査	画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: (    年    月    日 ) 検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: (    年    月    日 ) PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異: [ なし ・ あり ]    PSTPIP1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): ( )

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ( )/μL    ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL    ヘマトクリット (Ht): ( )%    血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL 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 自己抗体 (その他): ( )
病理検査	関節穿刺: [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: (    年    月    日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: (    年    月    日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
画像検査	画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: (    年    月    日 ) 検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: (    年    月    日 ) PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異: [ なし ・ あり ]    PSTPIP1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 ]    免疫調整薬: [ 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 \_\_\_\_\_  
 医師名 \_\_\_\_\_ (印)  
 小児慢性特定疾病 指定医番号 (    )