

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) **1/2**

病名	21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群					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		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(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]						
		嚢胞性ざ瘡:[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]						
		嚢胞性ざ瘡:[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 ⁴ /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 ⁴ /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
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()