

告示番号		15		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		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"/> 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		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:[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):()												
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:()												

