

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	肥満度		%
		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	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: ()											

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)** **2/2**

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 ()