

病名	22 慢性再発性多発性骨髄炎					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											
	筋・骨格	寒冷誘発炎症: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		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	関節腫脹: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり] 関節の機能障害: [なし ・ あり]											
		関節拘縮: [なし ・ あり] 部位: ()											
		骨髄炎: [なし ・ あり] 部位: ()											
経過: [孤発性 ・ 多発性 ・ 単相一過性 ・ 多相再発性]													
皮膚・粘膜	筋・骨格症状 (その他): ()												
	膿疱症 (手掌足底): [なし ・ あり]												
	膿疱症 (その他): ()												
眼	乾癬: [なし ・ あり] ざ瘡: [なし ・ あり]												
	皮疹 (その他): ()												
消化器	眼症状: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
精神・神経	肝腫: [なし ・ あり] 脾腫: [なし ・ あり] 嘔吐: [なし ・ あり] 炎症性腸疾患: [なし ・ あり]												
	神経症状: [なし ・ あり]												
その他	詳細: ()												
	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: () / μ L			ヘモグロビン (Hb): () g/dL			ヘマトクリット (Ht): () %						
	血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L			赤沈 (1時間値): () mm/h			CRP: () mg/dL						
	血清アミロイドA: () μ g/mL ・ 未実施			プロカルシトニン: () ng/mL ・ 未実施									
病理検査	自己抗体 (その他): ()												
	関節穿刺: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	部位: ()												
病理検査	所見: ()												
	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	部位: ()												
所見: ()													

画像検査	単純X線検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	シンチグラフィ (骨): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常取込: [なし ・ あり] 異常部位: ()
	核医学検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	PET検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常取込: [なし ・ あり] 異常部位: ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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 ()