

告示番号		23		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	13 全身性強皮症								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	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													
症状	皮膚・粘膜	スキンスコア値 ( total skin thickness score ) : ( ) ・ 未実施											
		皮膚硬化 ( 体幹 ) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 ( 上腕 ) : [ なし ・ あり ]			皮膚硬化 ( 前腕 ) : [ なし ・ あり ]							
		皮膚硬化 ( 手背 ) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 ( 手指 ) : [ なし ・ あり ]			皮膚硬化 ( 足趾 ) : [ なし ・ あり ]							
	皮膚硬化 ( 足背 ) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 ( 下腿 ) : [ なし ・ あり ]			皮膚硬化 ( 大腿 ) : [ なし ・ あり ]								
	レイノー現象 : [ なし ・ あり ]	手指先端部の虫食い状癬痕 : [ なし ・ あり ]			爪上皮内出血点 : [ なし ・ あり ]								
	皮膚・粘膜症状 ( その他 ) : ( )												
	呼吸器・循環器	息切れ : [ なし ・ あり ]			動悸 : [ なし ・ あり ]			両側性肺線維症 ( CT または X 線 で要確認 ) : [ なし ・ あり ]					
	循環器・呼吸器症状 ( その他 ) : ( )												
	消化器	胸やけ : [ なし ・ あり ]			胃食道逆流症 : [ なし ・ あり ]			食物のつかえ : [ なし ・ あり ]					
	消化器症状 ( その他 ) : ( )												
	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	皮膚・粘膜	スキンスコア値 ( total skin thickness score ) : ( ) ・ 未実施											
		皮膚硬化 ( 体幹 ) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 ( 上腕 ) : [ なし ・ あり ]			皮膚硬化 ( 前腕 ) : [ なし ・ あり ]							
		皮膚硬化 ( 手背 ) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 ( 手指 ) : [ なし ・ あり ]			皮膚硬化 ( 足趾 ) : [ なし ・ あり ]							
	皮膚硬化 ( 足背 ) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 ( 下腿 ) : [ なし ・ あり ]			皮膚硬化 ( 大腿 ) : [ なし ・ あり ]								
	レイノー現象 : [ なし ・ あり ]	手指先端部の虫食い状癬痕 : [ なし ・ あり ]			爪上皮内出血点 : [ なし ・ あり ]								
	皮膚・粘膜症状 ( その他 ) : ( )												
	呼吸器・循環器	息切れ : [ なし ・ あり ]			動悸 : [ なし ・ あり ]			両側性肺線維症 ( CT または X 線 で要確認 ) : [ なし ・ あり ]					
	循環器・呼吸器症状 ( その他 ) : ( )												
	消化器	胸やけ : [ なし ・ あり ]			胃食道逆流症 : [ なし ・ あり ]			食物のつかえ : [ なし ・ あり ]					
	消化器症状 ( その他 ) : ( )												
	その他	症状 ( その他 ) : ( )											
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	抗核抗体 : ( ) 倍 ・ 未実施			抗 Scl-70 抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施									
	抗セントロメア抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施			抗 RNP ( U1-RNP ) 抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施									
	抗 RNA ポリメラーゼ III 抗体 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]												
	筋炎特異的抗体 ( その他 ) : ( )												
病理検査	皮膚生検 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )						前腕伸側硬化 : [ なし ・ あり ]						
	所見 : ( )												
検査所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載													
血液検査	抗核抗体 : ( ) 倍 ・ 未実施			抗 Scl-70 抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施									
	抗セントロメア抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施			抗 RNP ( U1-RNP ) 抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施									
	抗 RNA ポリメラーゼ III 抗体 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]												
	筋炎特異的抗体 ( その他 ) : ( )												

告示番号 **23** 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**

病理検査	皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 前腕伸側硬化：[ なし ・ あり ] 所見：( )		
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
鑑別診断	限局性強皮症：[ なし ・ あり ]		
合併症	シェーグレン症候群：[ なし ・ あり ] 逆流性食道炎：[ なし ・ あり ] 強皮症腎クリーゼ：[ なし ・ あり ] 合併症 (その他)：( )		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
臨床経過	症状の進行性：[ なし ・ あり ] 経過：[ 軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他 ] 経過 (その他)：( )		
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 ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] プロスタサイクリン：[ なし ・ あり ] ACE阻害薬：[ なし ・ あり ]		
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 ( )		