

| 告示番号                     |  | 23   |                         | 膠原病                                |  | ( )                        |                | 年度  |  | 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) |  |  |
|--------------------------|--|--|-------------------------|------------------------------------|--|----------------------------|----------------|---|--|------------------------|--|--|
| 病名                       | 13 全身性強皮症  |  |                         |                                    |  |                            |                | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |                        |  |  |
| 受給者番号                    |  |  | 受診日                     | 年 月 日                              |  |                            |                |   |  |                        |  |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |  |  |                         |                                    |  |                            |                | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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 ) ・<br>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 ・<br>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                       | 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 ]   |                                    |  |                            |                |   |  |                        |  |  |
| 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 (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 RNA ポリメラーゼ III 抗体 : [ なし ・ あり ]  |  |                         | 抗 RNP (U1-RNP) 抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施 |  |                            |                |   |  |                        |  |  |
| 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 : ( )                 |  |  |                         |                                    |  |                            |                |   |  |                        |  |  |
| 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 ]<br>経過 : [ 軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他 ]<br>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 | ( )   |  |                        |  |  |