

告示番号		24		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			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日							
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				肥満度 %	
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		治療 ・ 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															
最終受診日		(年 月 日)													
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 抗セントロメア抗体 : ()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) : ()						抗Scl-70抗体 : ()U/mL ・ 未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体 : ()U/mL ・ 未実施							
病理検査		皮膚生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()						前腕伸側硬化 : [なし ・ あり]							
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 抗セントロメア抗体 : ()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) : ()						抗Scl-70抗体 : ()U/mL ・ 未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体 : ()U/mL ・ 未実施							

