

告示番号		2		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/4		
病名		10 顕微鏡的多発血管炎										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)														
診断		診断の根拠：[臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して] 診断時期：(年 月 日)														
症状	全身	発熱：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり] 全身症状 (その他)：()				低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり] 高血圧：[なし ・ あり]				体重減少：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]				易疲労性：[なし ・ あり]		
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()				関節痛：[なし ・ あり]				筋痛：[なし ・ あり]				筋力低下：[なし ・ あり]		
	皮膚・粘膜	リパドー：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()				結節性紅斑：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり]				皮下結節：[なし ・ あり] 潰瘍：[なし ・ あり]				壊疽：[なし ・ あり]		
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()				上強膜炎：[なし ・ あり] 視力障害：[なし ・ あり]				結膜炎：[なし ・ あり]				眼底出血：[なし ・ あり]		
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状 (その他)：()				鼻閉：[なし ・ あり] 中耳炎：[なし ・ あり]				嚔声：[なし ・ あり] 鞍鼻：[なし ・ あり]				気道閉塞：[なし ・ あり] 難聴：[なし ・ あり]		
	呼吸器・ 循環器	胸膜炎：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり] 血圧差 (左右または上下肢の血圧差10mmHg以上)：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他)：()				間質性肺炎：[なし ・ あり] 咳嗽：[なし ・ あり] 間欠跛行：[なし ・ あり]				血痰：[なし ・ あり] 息切れ：[なし ・ あり] 脈拍欠損：[なし ・ あり]				肺泡出血：[なし ・ あり] 動悸：[なし ・ あり] 血管雑音：[なし ・ あり]		
	腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他)：()				慢性腎不全：[なし ・ あり]				急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり]				腎梗塞：[なし ・ あり]		
	消化器	吐血：[なし ・ あり] 消化器症状 (その他)：()				下血：[なし ・ あり]				イレウス：[なし ・ あり]				非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり]		
精神・神経	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他)：()				意識障害：[なし ・ あり] 脊髄障害：[なし ・ あり]				精神症状：[なし ・ あり] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]				脳出血：[なし ・ あり] 多発性単神経炎：[なし ・ あり]		
	その他	症状 (その他)：()														
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
診断		診断の根拠：[臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して] 診断時期：(年 月 日)														
症状	全身	発熱：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり] 全身症状 (その他)：()				低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり] 高血圧：[なし ・ あり]				体重減少：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]				易疲労性：[なし ・ あり]		
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()				関節痛：[なし ・ あり]				筋痛：[なし ・ あり]				筋力低下：[なし ・ あり]		
	皮膚・粘膜	リパドー：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()				結節性紅斑：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり]				皮下結節：[なし ・ あり] 潰瘍：[なし ・ あり]				壊疽：[なし ・ あり]		

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果 [認定 ・ 不認定]

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号	受給者番号 () 有効期限	年	月	日
-------	----------------	---	---	---

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位校番 ()
 資格取得年月日 年 月 日