

告示番号		10		膠原病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3				
病名		3 皮膚筋炎／多発性筋炎								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		診断分類 (皮膚筋炎／多発筋炎): [ 皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎 ]														
症状	全身	発熱: [ なし ・ あり ] 体重減少: [ なし ・ あり ] 浮腫 (全身性): [ なし ・ あり ] リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ] 全身症状 (その他): ( )														
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節拘縮: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 筋把握痛: [ なし ・ あり ] 筋痛: [ なし ・ あり ] 筋力低下: [ なし ・ あり ] 筋萎縮: [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 (その他): ( )														
	皮膚・粘膜	爪郭発赤: [ なし ・ あり ] 日光過敏: [ なし ・ あり ] レイノー現象: [ なし ・ あり ] 蝶形紅斑: [ なし ・ あり ] 紅斑 (関節伸側): [ なし ・ あり ] ゴットロン丘疹: [ なし ・ あり ] ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑): [ なし ・ あり ] ヘリオトロープ疹: [ なし ・ あり ] 皮下石灰化: [ なし ・ あり ] 粘膜潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他): ( )														
	眼	網膜血管病変: [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他): ( )														
	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [ なし ・ あり ] 乾性咳嗽: [ なし ・ あり ] 呼吸困難 (労作時): [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ] 心筋炎: [ なし ・ あり ] 心電図異常: [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他): ( )														
	消化器	消化管潰瘍: [ なし ・ あり ] 消化管穿孔: [ なし ・ あり ] 消化器症状 (その他): ( )														
	精神・神経	痙攣: [ なし ・ あり ] 精神症状: [ なし ・ あり ] 精神・神経症状 (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																
診断		診断分類 (皮膚筋炎／多発筋炎): [ 皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎 ]														
症状	全身	発熱: [ なし ・ あり ] 体重減少: [ なし ・ あり ] 浮腫 (全身性): [ なし ・ あり ] リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ] 全身症状 (その他): ( )														
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節拘縮: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 筋把握痛: [ なし ・ あり ] 筋痛: [ なし ・ あり ] 筋力低下: [ なし ・ あり ] 筋萎縮: [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 (その他): ( )														
	皮膚・粘膜	爪郭発赤: [ なし ・ あり ] 日光過敏: [ なし ・ あり ] レイノー現象: [ なし ・ あり ] 蝶形紅斑: [ なし ・ あり ] 紅斑 (関節伸側): [ なし ・ あり ] ゴットロン丘疹: [ なし ・ あり ] ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑): [ なし ・ あり ] ヘリオトロープ疹: [ なし ・ あり ] 皮下石灰化: [ なし ・ あり ] 粘膜潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他): ( )														
	眼	網膜血管病変: [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他): ( )														
	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [ なし ・ あり ] 乾性咳嗽: [ なし ・ あり ] 呼吸困難 (労作時): [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ] 心筋炎: [ なし ・ あり ] 心電図異常: [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他): ( )														
	消化器	消化管潰瘍: [ なし ・ あり ] 消化管穿孔: [ なし ・ あり ] 消化器症状 (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：( )
-----	---------------------------

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 ]	ステロイドパルス療法：[ なし ・ あり ]
	クロロキン製剤：[ なし ・ あり ]	免疫調整薬：[ なし ・ あり ]	メトトレキサート：[ なし ・ あり ]
	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]	生物学的製剤：[ 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 ]

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											

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 ( )
---------	--

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
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	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