

告示番号		8		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		1 若年性特発性関節炎								受付種別		☐ 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)													
病型		発症時： [全身型 ・ 少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎]													
症状	全身	発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他]													
		熱型 (その他)：()													
		朝のこわばり：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] マクロファージ活性化症候群：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	腫脹関節数：() 個													
		部位詳細：()													
		疼痛関節数：() 個													
		部位詳細：()													
		関節可動域制限：[なし ・ あり]													
		詳細：()													
	皮膚・粘膜	可動域制限関節数：() 個													
部位詳細：()															
付着部炎：[なし ・ あり] 指趾炎：[なし ・ あり] 腰背部痛：[なし ・ あり] 筋痛：[なし ・ あり]															
眼	爪甲剥離：[なし ・ あり] 爪点状陥凹：[なし ・ あり] 爪油滴：[なし ・ あり] 紅斑性皮疹：[なし ・ あり]														
	リウマトイド結節：[なし ・ あり] 乾癬：[なし ・ あり]														
呼吸器・循環器	皮膚・粘膜症状 (その他)：()														
	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 所見：[無症候性 ・ 症候性]														
	胸膜炎：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり]														
	消化器														
	腹膜炎：[なし ・ あり] 肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[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														
	病型		現 在： [全身型 ・ 全身型発症関節炎 ・ 進展型少関節炎 ・ 持続型少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎]												
	全身	発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他]													
		熱型 (その他)：()													
朝のこわばり：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] マクロファージ活性化症候群：[なし ・ あり]															
筋・骨格		腫脹関節数：() 個													
		部位詳細：()													
	疼痛関節数：() 個														
	部位詳細：()														
	関節可動域制限：[なし ・ あり]														
詳細：()															
可動域制限関節数：() 個															
部位詳細：()															

告示番号		9		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		2 全身性エリテマトーデス								受付種別		☐ 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	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり] 全身倦怠感: [なし ・ あり] 浮腫: [なし ・ あり] 高血圧: [なし ・ あり] 溶血性貧血: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()													
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり] 筋痛: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 筋炎: [なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり] レイノー現象: [なし ・ あり] 脱毛: [なし ・ あり] 円盤状紅斑: [なし ・ あり] 蝶形紅斑: [なし ・ あり] 口腔内潰瘍: [なし ・ あり] 鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()													
	眼	眼痛: [なし ・ あり] 視力低下: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()													
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 間質性肺炎: [なし ・ あり] 肺出血: [なし ・ あり] 肺梗塞: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()													
	腎・泌尿器	ネフローゼ症候群: [なし ・ あり] 急性腎不全: [なし ・ あり] 慢性腎不全: [なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他): ()													
	消化器	腹痛: [なし ・ あり] 腹膜刺激症状: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()													
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり] 意識障害: [なし ・ あり] 精神症状: [なし ・ あり] 脳出血: [なし ・ あり] 脳梗塞: [なし ・ あり] 多発単神経炎: [なし ・ あり] 脊髄障害: [なし ・ あり] 無菌性髄膜炎: [なし ・ あり] 器質性脳症候群: [なし ・ あり] 脳神経症状: [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															
症状	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり] 全身倦怠感: [なし ・ あり] 浮腫: [なし ・ あり] 高血圧: [なし ・ あり] 溶血性貧血: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()													
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり] 筋痛: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 筋炎: [なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり] レイノー現象: [なし ・ あり] 脱毛: [なし ・ あり] 円盤状紅斑: [なし ・ あり] 蝶形紅斑: [なし ・ あり] 口腔内潰瘍: [なし ・ あり] 鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()													
	眼	眼痛: [なし ・ あり] 視力低下: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()													
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 間質性肺炎: [なし ・ あり] 肺出血: [なし ・ あり] 肺梗塞: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()													

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		☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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

告示番号		7		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		4 シェーグレン (Sjogren) 症候群							受付種別		☐ 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		全身	発熱：[なし ・ あり] 全身倦怠感：[なし ・ あり] 摂食時よく水を飲む：[なし ・ あり] 朝のこわばり：[なし ・ あり] 全身の疼痛：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 溶血性貧血：[なし ・ あり] 全身症状 (その他)：()											
			筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()										
				皮膚・粘膜	レイノー現象：[なし ・ あり] 鼻の乾燥：[なし ・ あり] 環状紅斑：[なし ・ あり] う歯の増加：[なし ・ あり] 口腔の痛み：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり] 口臭：[なし ・ あり] 血小板減少性紫斑：[なし ・ あり] 高γグロブリン性紫斑：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()									
		唾液腺	耳下腺腫脹の反復：[なし ・ あり] 顎下腺腫脹の反復：[なし ・ あり] ラヌラ：[なし ・ あり] 唾液腺症状 (その他)：()											
			眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 乾索性角結膜炎：[なし ・ あり] 繰り返す眼の充血：[なし ・ あり] 目のかゆみ：[なし ・ あり] 眼の異物感：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()										
		腎・泌尿器		間質性腎炎：[なし ・ あり]										
			内分泌・代謝	甲状腺腫：[なし ・ あり]										
		精神・神経		無菌性髄膜炎：[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														
症状		全身	発熱：[なし ・ あり] 全身倦怠感：[なし ・ あり] 摂食時よく水を飲む：[なし ・ あり] 朝のこわばり：[なし ・ あり] 全身の疼痛：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 溶血性貧血：[なし ・ あり] 全身症状 (その他)：()											
			筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()										
				皮膚・粘膜	レイノー現象：[なし ・ あり] 鼻の乾燥：[なし ・ あり] 環状紅斑：[なし ・ あり] う歯の増加：[なし ・ あり] 口腔の痛み：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり] 口臭：[なし ・ あり] 血小板減少性紫斑：[なし ・ あり] 高γグロブリン性紫斑：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()									
		唾液腺	耳下腺腫脹の反復：[なし ・ あり] 顎下腺腫脹の反復：[なし ・ あり] ラヌラ：[なし ・ あり] 唾液腺症状 (その他)：()											
			眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 乾索性角結膜炎：[なし ・ あり] 繰り返す眼の充血：[なし ・ あり] 目のかゆみ：[なし ・ あり] 眼の異物感：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()										
		腎・泌尿器		間質性腎炎：[なし ・ あり]										
			内分泌・代謝	甲状腺腫：[なし ・ あり]										
		精神・神経		無菌性髄膜炎：[なし ・ あり]										
			その他	症状 (その他)：()										

告示番号		6		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		5 抗リン脂質抗体症候群										受付種別		☐ 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	全身	溶血性貧血：[なし ・ あり] 血小板減少症 (10万未満)：[なし ・ あり]															
	呼吸器・ 循環器	肺塞栓症：[なし ・ あり] 診断方法：()															
		動脈血栓症：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()															
		静脈血栓症：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()															
		血栓性微血管障害：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()															
	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	全身	溶血性貧血：[なし ・ あり] 血小板減少症 (10万未満)：[なし ・ あり]															
	呼吸器・ 循環器	肺塞栓症：[なし ・ あり] 診断方法：()															
		動脈血栓症：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()															
		静脈血栓症：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()															
		血栓性微血管障害：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()															
	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	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 実施日：(年 月 日) 血小板数：()×10 ⁴ /μL 実施日：(年 月 日)																
	網赤血球：()% PT：()秒 PT：()% PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施																
	血清間接ビリルビン：()mg/dL																
	C3：()mg/dL C4：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施																
	ループスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 血清梅毒反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]																

2/3

告示番号		11		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		6 ベーチェット (Behcet) 病								受付種別		☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	結節性紅斑様皮疹: [なし ・ あり] 座瘡様皮疹: [なし ・ あり] 毛嚢炎様皮疹: [なし ・ あり] 皮下の血栓性静脈炎: [なし ・ あり] 外陰部潰瘍: [なし ・ あり] 再発性アフタ性潰瘍 (口腔粘膜): [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()											
	眼	網膜ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 虹彩毛様体炎: [なし ・ あり] 視力障害: [なし ・ あり] 部位: [左 ・ 右 ・ 両側] 詳細: () 眼症状 (その他): ()											
	呼吸器・循環器	肺梗塞: [なし ・ あり] 動脈血栓症: [なし ・ あり] 深部静脈血栓症: [なし ・ あり] 動脈瘤: [なし ・ あり] 血管障害 (その他): ()											
	腎・泌尿器	精巣上体炎: [なし ・ あり]											
	消化器	腹痛: [なし ・ あり] 消化管潰瘍: [なし ・ あり] 消化管出血: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()											
	精神・神経	精神症状: [なし ・ あり] 頭痛: [なし ・ あり] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 脳脊髄症状: [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													
症状	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	結節性紅斑様皮疹: [なし ・ あり] 座瘡様皮疹: [なし ・ あり] 毛嚢炎様皮疹: [なし ・ あり] 皮下の血栓性静脈炎: [なし ・ あり] 外陰部潰瘍: [なし ・ あり] 再発性アフタ性潰瘍 (口腔粘膜): [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()											
	眼	網膜ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 虹彩毛様体炎: [なし ・ あり] 視力障害: [なし ・ あり] 部位: [左 ・ 右 ・ 両側] 詳細: () 眼症状 (その他): ()											
	呼吸器・循環器	肺梗塞: [なし ・ あり] 動脈血栓症: [なし ・ あり] 深部静脈血栓症: [なし ・ あり] 動脈瘤: [なし ・ あり] 血管障害 (その他): ()											
	腎・泌尿器	精巣上体炎: [なし ・ あり]											
	消化器	腹痛: [なし ・ あり] 消化管潰瘍: [なし ・ あり] 消化管出血: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()											
	精神・神経	精神症状: [なし ・ あり] 頭痛: [なし ・ あり] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 脳脊髄症状: [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他): ()											
	その他	症状 (その他): ()											

告示番号		4		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		7 高安動脈炎（大動脈炎症候群）								受付種別		☐ 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)													
病型		病型（高安動脈炎）：[弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型（動脈瘤型） ・ 不明]													
		病型（高安動脈炎、血管造影所見による）：[I ・ II a ・ II b ・ III ・ IV ・ V]													
		診断の根拠（高安動脈炎）：[画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状（脈なし、血圧左右差） ・ 頭部乏血症状（失明、視力障害等） ・ その他]													
症状		診断の根拠（高安動脈炎、その他）：()													
		全身		発熱：[なし ・ あり] 低身長（-2.0SD以下）：[なし ・ あり] 体重減少：[なし ・ あり] 易疲労性：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり] 高血圧：[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] 関節痛：[なし ・ あり] 筋痛：[なし ・ あり] 筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：()											
		皮膚・粘膜		レイノー・四肢の冷感：[なし ・ あり] リパドー（網状皮斑）：[なし ・ あり] 結節性紅斑：[なし ・ あり] 皮下結節：[なし ・ あり] 壊疽：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり] 潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：()											
		眼		ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 上強膜炎：[なし ・ あり] 結膜炎：[なし ・ あり] 眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり] 視力障害：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：()											
		耳鼻咽喉		鼻出血：[なし ・ あり] 鼻閉：[なし ・ あり] 嚔声：[なし ・ あり] 気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり] 中耳炎：[なし ・ あり] 鞍鼻：[なし ・ あり] 難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状（その他）：()											
		呼吸器・循環器		胸膜炎：[なし ・ あり] 間質性肺炎：[なし ・ あり] 血痰・咯血：[なし ・ あり] 肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり] 咳嗽：[なし ・ あり] 息切れ：[なし ・ あり] 動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり] 間欠跛行：[なし ・ あり] 脈拍欠損：[なし ・ あり] 血管雑音：[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）：()											
		腎・泌尿器		急性腎不全：[なし ・ あり] 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] 腎・泌尿器症状（その他）：()											
		消化器		吐血：[なし ・ あり] 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] 消化器症状（その他）：()											
精神・神経		痙攣：[なし ・ あり] 意識障害：[なし ・ あり] 精神症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり] 脊髄障害：[なし ・ あり] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[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															
病型		病型（高安動脈炎）：[弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型（動脈瘤型） ・ 不明]													
		病型（高安動脈炎、血管造影所見による）：[I ・ II a ・ II b ・ III ・ IV ・ V]													
		診断の根拠（高安動脈炎）：[画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状（脈なし、血圧左右差） ・ 頭部乏血症状（失明、視力障害等） ・ その他]													
		診断の根拠（高安動脈炎、その他）：()													

告示番号		5		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		8 多発血管炎性肉芽腫症								受付種別		☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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]		肺胞出血：[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	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]					

告示番号		1		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		9 結節性多発血管炎（結節性多発動脈炎）								受付種別		☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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]		低身長（-2.0SD以下）：[なし ・ あり]		体重減少：[なし ・ あり]		易疲労性：[なし ・ あり]					
		浮腫：[なし ・ あり]		高血圧：[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]		関節痛：[なし ・ あり]		筋痛：[なし ・ あり]		筋力低下：[なし ・ あり]					
		筋・骨格症状（その他）：()											
	皮膚・粘膜	リペドー：[なし ・ あり]		結節性紅斑：[なし ・ あり]		皮下結節：[なし ・ あり]		壊疽：[なし ・ あり]					
		紫斑：[なし ・ あり]		口腔内潰瘍：[なし ・ あり]		潰瘍：[なし ・ あり]							
		皮膚・粘膜症状（その他）：()											
眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]		上強膜炎：[なし ・ あり]		結膜炎：[なし ・ あり]		眼底出血：[なし ・ あり]						
	白斑：[なし ・ あり]		視力障害：[なし ・ あり]										
	眼症状（その他）：()												
耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]		鼻閉：[なし ・ あり]		嚔声：[なし ・ あり]		気道閉塞：[なし ・ あり]						
	副鼻腔炎：[なし ・ あり]		中耳炎：[なし ・ あり]		鞍鼻：[なし ・ あり]		難聴：[なし ・ あり]						
	めまい：[なし ・ あり]												
	耳鼻咽喉症状（その他）：()												
呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]		間質性肺炎：[なし ・ あり]		血痰：[なし ・ あり]		肺泡出血：[なし ・ あり]						
	肺高血圧症：[なし ・ あり]		咳嗽：[なし ・ あり]		息切れ：[なし ・ あり]		動悸：[なし ・ あり]						
	胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]		間欠跛行：[なし ・ あり]		脈拍欠損：[なし ・ あり]		血管雑音：[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）：()												
腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]		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]						
	腎・泌尿器症状（その他）：()												
消化器	吐血：[なし ・ あり]		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]						
	消化器症状（その他）：()												
精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]		意識障害：[なし ・ あり]		精神症状：[なし ・ あり]		脳出血：[なし ・ あり]						
	脳梗塞：[なし ・ あり]		脊髄障害：[なし ・ あり]		麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]		多発性単神経炎：[なし ・ あり]						
	無菌性髄膜炎：[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		診断の根拠：[臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して] 診断時期：(年 月 日)											
	全身	発熱：[なし ・ あり]		低身長（-2.0SD以下）：[なし ・ あり]		体重減少：[なし ・ あり]		易疲労性：[なし ・ あり]					
		浮腫：[なし ・ あり]		高血圧：[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]		関節痛：[なし ・ あり]		筋痛：[なし ・ あり]		筋力低下：[なし ・ あり]						
	筋・骨格症状（その他）：()												
皮膚・粘膜	リペドー：[なし ・ あり]		結節性紅斑：[なし ・ あり]		皮下結節：[なし ・ あり]		壊疽：[なし ・ あり]						
	紫斑：[なし ・ あり]		口腔内潰瘍：[なし ・ あり]		潰瘍：[なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜症状（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
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

醫師名

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]
○ 認 定	
△ 要 査 証	
× 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

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		☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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]		低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]		体重減少：[なし ・ あり]		易疲労性：[なし ・ あり]					
		浮腫：[なし ・ あり]		高血圧：[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]		関節痛：[なし ・ あり]		筋痛：[なし ・ あり]		筋力低下：[なし ・ あり]					
		筋・骨格症状 (その他)：()											
	皮膚・粘膜	リパドー：[なし ・ あり]		結節性紅斑：[なし ・ あり]		皮下結節：[なし ・ あり]		壊疽：[なし ・ あり]					
		紫斑：[なし ・ あり]		口腔内潰瘍：[なし ・ あり]		潰瘍：[なし ・ あり]							
		皮膚・粘膜症状 (その他)：()											
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]		上強膜炎：[なし ・ あり]		結膜炎：[なし ・ あり]		眼底出血：[なし ・ あり]					
	白斑：[なし ・ あり]		視力障害：[なし ・ あり]										
	眼症状 (その他)：()												
耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]		鼻閉：[なし ・ あり]		嚔声：[なし ・ あり]		気道閉塞：[なし ・ あり]						
	副鼻腔炎：[なし ・ あり]		中耳炎：[なし ・ あり]		鞍鼻：[なし ・ あり]		難聴：[なし ・ あり]						
	めまい：[なし ・ あり]												
	耳鼻咽喉症状 (その他)：()												
呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]		間質性肺炎：[なし ・ あり]		血痰：[なし ・ あり]		肺泡出血：[なし ・ あり]						
	肺高血圧症：[なし ・ あり]		咳嗽：[なし ・ あり]		息切れ：[なし ・ あり]		動悸：[なし ・ あり]						
	胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]		間欠跛行：[なし ・ あり]		脈拍欠損：[なし ・ あり]		血管雑音：[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)：()												
腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]		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]						
	腎・泌尿器症状 (その他)：()												
消化器	吐血：[なし ・ あり]		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]						
	消化器症状 (その他)：()												
精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]		意識障害：[なし ・ あり]		精神症状：[なし ・ あり]		脳出血：[なし ・ あり]						
	脳梗塞：[なし ・ あり]		脊髄障害：[なし ・ あり]		麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]		多発性単神経炎：[なし ・ あり]						
	無菌性髄膜炎：[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]		低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]		体重減少：[なし ・ あり]		易疲労性：[なし ・ あり]					
		浮腫：[なし ・ あり]		高血圧：[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]		関節痛：[なし ・ あり]		筋痛：[なし ・ あり]		筋力低下：[なし ・ あり]						
	筋・骨格症状 (その他)：()												
皮膚・粘膜	リパドー：[なし ・ あり]		結節性紅斑：[なし ・ あり]		皮下結節：[なし ・ あり]		壊疽：[なし ・ あり]						
	紫斑：[なし ・ あり]		口腔内潰瘍：[なし ・ あり]		潰瘍：[なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜症状 (その他)：()												

告示番号		3		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		11 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症								受付種別		☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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]		低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]		体重減少：[なし ・ あり]		易疲労性：[なし ・ あり]					
		浮腫：[なし ・ あり]		高血圧：[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]		関節痛：[なし ・ あり]		筋痛：[なし ・ あり]		筋力低下：[なし ・ あり]					
		筋・骨格症状 (その他)：()											
	皮膚・粘膜	リペダー：[なし ・ あり]		結節性紅斑：[なし ・ あり]		皮下結節：[なし ・ あり]		壊疽：[なし ・ あり]					
		紫斑：[なし ・ あり]		口腔内潰瘍：[なし ・ あり]		潰瘍：[なし ・ あり]							
		皮膚・粘膜症状 (その他)：()											
眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]		上強膜炎：[なし ・ あり]		結膜炎：[なし ・ あり]		眼底出血：[なし ・ あり]						
	白斑：[なし ・ あり]		視力障害：[なし ・ あり]										
	眼症状 (その他)：()												
耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]		鼻閉：[なし ・ あり]		嚔声：[なし ・ あり]		気道閉塞：[なし ・ あり]						
	副鼻腔炎：[なし ・ あり]		中耳炎：[なし ・ あり]		鞍鼻：[なし ・ あり]		難聴：[なし ・ あり]						
	めまい：[なし ・ あり]												
	耳鼻咽喉症状 (その他)：()												
呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]		間質性肺炎：[なし ・ あり]		血痰：[なし ・ あり]		肺泡出血：[なし ・ あり]						
	肺高血圧症：[なし ・ あり]		咳嗽：[なし ・ あり]		息切れ：[なし ・ あり]		動悸：[なし ・ あり]						
	胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]		間欠跛行：[なし ・ あり]		脈拍欠損：[なし ・ あり]		血管雑音：[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)：()												
腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]		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]						
	腎・泌尿器症状 (その他)：()												
消化器	吐血：[なし ・ あり]		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]						
	消化器症状 (その他)：()												
精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]		意識障害：[なし ・ あり]		精神症状：[なし ・ あり]		脳出血：[なし ・ あり]						
	脳梗塞：[なし ・ あり]		脊髄障害：[なし ・ あり]		麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]		多発性単神経炎：[なし ・ あり]						
	無菌性髄膜炎：[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]		低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]		体重減少：[なし ・ あり]		易疲労性：[なし ・ あり]					
		浮腫：[なし ・ あり]		高血圧：[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]		関節痛：[なし ・ あり]		筋痛：[なし ・ あり]		筋力低下：[なし ・ あり]						
	筋・骨格症状 (その他)：()												
皮膚・粘膜	リペダー：[なし ・ あり]		結節性紅斑：[なし ・ あり]		皮下結節：[なし ・ あり]		壊疽：[なし ・ あり]						
	紫斑：[なし ・ あり]		口腔内潰瘍：[なし ・ あり]		潰瘍：[なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜症状 (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
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 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		12		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		12 再発性多発軟骨炎								受付種別		☐ 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		確定診断の要件 (再発性多発軟骨炎): () ① 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち2つの証明された炎症所見 () ② 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち1つの証明された炎症所見 + 眼病変、難聴・前庭障害、血清反応陰性関節炎のうちの2つの所見 () ③ ②の6つの症状のうち1所見 + 同部の組織陽性所見 ※軟骨の変性 (好塩基性低下、弾性線維と膠原線維の変性・断裂、線維化、石灰化) および炎症細胞浸潤など本症に合致した所見であること															
症状	筋・骨格	血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎: [なし ・ あり]															
	皮膚・粘膜	紫斑: [なし ・ あり]															
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 網膜血管炎: [なし ・ あり] 強膜炎: [なし ・ あり] 結膜炎: [なし ・ あり] 角膜炎・角膜潰瘍: [なし ・ あり] 視力障害: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()															
	耳鼻咽喉	嚔声: [なし ・ あり] 鼻軟骨炎: [なし ・ あり] 耳介軟骨の炎症、変形: [なし ・ あり] 伝音性難聴 (外耳道変形による): [なし ・ あり] 感音性難聴: [なし ・ あり] めまい: [なし ・ あり] 前庭障害 (その他): ()															
	呼吸器・循環器	咳嗽: [なし ・ あり] 喘鳴: [なし ・ あり] 気管切開: [なし ・ あり] 呼吸困難: [なし ・ あり] 大動脈弁閉鎖不全: [なし ・ あり] 僧帽弁閉鎖不全: [なし ・ あり] 僧帽弁逸脱: [なし ・ あり] 大動脈瘤: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()															
	消化器	悪心: [なし ・ あり]															
	精神・神経	運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]															
	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	筋・骨格	血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎: [なし ・ あり]															
	皮膚・粘膜	紫斑: [なし ・ あり]															
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 網膜血管炎: [なし ・ あり] 強膜炎: [なし ・ あり] 結膜炎: [なし ・ あり] 角膜炎・角膜潰瘍: [なし ・ あり] 視力障害: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()															
	耳鼻咽喉	嚔声: [なし ・ あり] 鼻軟骨炎: [なし ・ あり] 耳介軟骨の炎症、変形: [なし ・ あり] 伝音性難聴 (外耳道変形による): [なし ・ あり] 感音性難聴: [なし ・ あり] めまい: [なし ・ あり] 前庭障害 (その他): ()															
	呼吸器・循環器	咳嗽: [なし ・ あり] 喘鳴: [なし ・ あり] 気管切開: [なし ・ あり] 呼吸困難: [なし ・ あり] 大動脈弁閉鎖不全: [なし ・ あり] 僧帽弁閉鎖不全: [なし ・ あり] 僧帽弁逸脱: [なし ・ あり] 大動脈瘤: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()															
	消化器	悪心: [なし ・ あり]															
	精神・神経	運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]															
	その他	症状 (その他): ()															

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		☐ 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							

告示番号		25		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		14 混合性結合組織病								受付種別		☐ 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		中核的所見		レイノー現象：[なし ・ あり] 抗RNP (U1-RNP) 抗体：[陰性 ・ 陽性]													
		臨床および 検査所見		手指の腫脹・浮腫：[なし ・ あり] 顔面紅斑：[なし ・ あり] 関節炎：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 筋炎所見 (筋原酵素上昇、筋電図所見、生検所見のいずれか)：[なし ・ あり] 高ガンマグロブリン血症 (血清分画の20%以上)：[なし ・ あり] リウマトイド因子：[陰性 ・ 陽性] 白血球数減少 (<4000/μL) または血小板数減少 (<100,000/μL未満)：[なし ・ あり]													
		他の疾患との 鑑別		全身性エリテマトーデス：[満たさない ・ 満たす] 強皮症：[満たさない ・ 満たす] 皮膚筋炎/多発性筋炎：[満たさない ・ 満たす] 若年性特発性関節炎：[満たさない ・ 満たす]													
症状		全身		リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
		筋・骨格		多発関節炎：[なし ・ あり] 筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()													
		皮膚・粘膜		手指または手背の腫脹：[なし ・ あり] 顔面紅斑：[なし ・ あり] 近位部の皮膚硬化：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()													
		呼吸器・ 循環器		胸膜炎：[なし ・ あり] 間質性肺炎：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他)：()													
		消化器		食道蠕動低下または拡張：[なし ・ あり] 消化器症状 (その他)：()													
		精神・神経		中枢神経症状：[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																	
症状		全身		リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
		筋・骨格		多発関節炎：[なし ・ あり] 筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()													
		皮膚・粘膜		手指または手背の腫脹：[なし ・ あり] 顔面紅斑：[なし ・ あり] 近位部の皮膚硬化：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()													
		呼吸器・ 循環器		胸膜炎：[なし ・ あり] 間質性肺炎：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他)：()													
		消化器		食道蠕動低下または拡張：[なし ・ あり] 消化器症状 (その他)：()													
		精神・神経		中枢神経症状：[なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他)：()													
		その他		症状 (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

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

11

診断年月日

年

月

8

診療科

醫師名

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

目

8

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

保険者番号 () 被保険者記号 ()

被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日

告示番号		14		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		15 家族性地中海熱								受付種別		☐ 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		コルヒチンに対する反応性: [なし ・ あり]														
基本情報		発症年齢: ()歳														
診断	必須項目	発熱: 12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す: [なし ・ あり] 持続時間: 1回目: () 時間 持続時間: 2回目: () 時間 持続時間: 3回目: () 時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める: [なし ・ あり] 発作間歇期にはこれらが消失する: [なし ・ あり]														
	補助項目	非限局性の腹膜炎による腹痛: [なし ・ あり] 胸膜炎による胸背部痛: [なし ・ あり] 関節炎: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり] 精巣漿膜炎: [なし ・ あり] 髄膜炎による頭痛: [なし ・ あり] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減: [なし ・ あり]														
症状 (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		コルヒチンに対する反応性: [なし ・ あり]														
診断	必須項目	発熱: 12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す: [なし ・ あり] 持続時間: 1回目: () 時間 持続時間: 2回目: () 時間 持続時間: 3回目: () 時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める: [なし ・ あり] 発作間歇期にはこれらが消失する: [なし ・ あり]														
	補助項目	非限局性の腹膜炎による腹痛: [なし ・ あり] 胸膜炎による胸背部痛: [なし ・ あり] 関節炎: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり] 精巣漿膜炎: [なし ・ あり] 髄膜炎による頭痛: [なし ・ あり] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減: [なし ・ あり]														
症状 (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		赤沈 (1時間値): 発作時: ()mm/h CRP: 発作時: ()mg/dL 血清アミロイドA: 発作時: ()µg/mL・未実施 プロカルシトニン: 発作時: ()ng/mL・未実施						赤沈 (1時間値): 非発作時: ()mm/h CRP: 非発作時: ()mg/dL 血清アミロイドA: 非発作時: ()µg/mL・未実施 プロカルシトニン: 非発作時: ()ng/mL・未実施								
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) MEFV遺伝子異常: [なし ・ あり] Exon 10 の変異 (M694I, M680I, M694V, V726A: ヘテロ変異を含む): [なし ・ あり] Exon 10 以外の変異 (E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C等: ヘテロの変異を含む): [なし ・ あり]														
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
血液検査		赤沈 (1時間値): 発作時: ()mm/h CRP: 発作時: ()mg/dL 血清アミロイドA: 発作時: ()µg/mL・未実施 プロカルシトニン: 発作時: ()ng/mL・未実施						赤沈 (1時間値): 非発作時: ()mm/h CRP: 非発作時: ()mg/dL 血清アミロイドA: 非発作時: ()µg/mL・未実施 プロカルシトニン: 非発作時: ()ng/mL・未実施								
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) MEFV遺伝子異常: [なし ・ あり] Exon 10 の変異 (M694I, M680I, M694V, V726A: ヘテロ変異を含む): [なし ・ あり] Exon 10 以外の変異 (E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C等: ヘテロの変異を含む): [なし ・ あり]														

告示番号		16		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		16 クリオピリン関連周期熱症候群								受付種別		☐ 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)													
病型		病型分類 (クリオピリン関連周期熱症候群): [CINCA 症候群 ・ マックル・ウェルズ症候群 ・ 家族性寒冷自己炎症症候群]													
基本情報		発症年齢: ()歳													
症状	全身	初発症状: ()													
		低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり]													
		発熱: [なし ・ あり] 発熱間隔: [持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性: [なし ・ あり]													
		発熱周期: ()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい													
		寒冷誘発炎症: [なし ・ あり]													
		詳細: ()													
		漿膜炎: [なし ・ あり] 部位: ()													
		アミロイドーシス (腎): [なし ・ あり] アミロイドーシス (肝): [なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器): [なし ・ あり]													
		アミロイドーシス (その他): ()													
		筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的]												
			関節痛: [なし ・ あり] 発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的]												
			関節熱感: [なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的]												
	骨幹端過形成: [なし ・ あり] 部位: ()														
	皮膚・粘膜	蕁麻疹様皮疹: [なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的]													
		皮疹 (その他): ()													
	眼	結膜炎: [なし ・ あり] 発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的]													
		ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 視神経乳頭浮腫: [なし ・ あり]													
	耳鼻咽喉	感受性難聴: [なし ・ あり]													
消化器	嘔吐: [なし ・ あり] 炎症性腸疾患: [なし ・ あり]														
精神・神経	頭痛: [なし ・ あり] 頭痛: 発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的] 無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]														
	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]														
	移動障害: [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり]														
	神経症状: [なし ・ あり]														
その他	詳細: ()														
	症状 (その他): ()														
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
病型		病型分類 (クリオピリン関連周期熱症候群): [CINCA 症候群 ・ マックル・ウェルズ症候群 ・ 家族性寒冷自己炎症症候群]													
症状	全身	初発症状: ()													
		低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり]													
		発熱: [なし ・ あり] 発熱間隔: [持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性: [なし ・ あり]													
		発熱周期: ()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい													
		寒冷誘発炎症: [なし ・ あり]													
		詳細: ()													
		漿膜炎: [なし ・ あり] 部位: ()													
アミロイドーシス (腎): [なし ・ あり] アミロイドーシス (肝): [なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器): [なし ・ あり]															
アミロイドーシス (その他): ()															

告示番号		18		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		17 TNF受容体関連周期性症候群								受付種別		☐ 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					
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)											
基本情報		発症年齢：()歳											
症状	全身	発熱 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい											
		アミロイドーシス (腎)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (肝)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (その他)：()											
	筋・骨格	筋痛：[なし ・ あり] 部位：()											
		筋膜炎：[なし ・ あり] 部位：()											
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()											
		結膜炎：[なし ・ あり] 詳細：()											
	眼	眼窩周囲浮腫：[なし ・ あり] 詳細：()											
		呼吸器・循環器 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]											
	消化器	腹痛：[なし ・ あり] 部位：()											
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	全身	発熱 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい											
		アミロイドーシス (腎)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (肝)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (その他)：()											
	筋・骨格	筋痛：[なし ・ あり] 部位：()											
		筋膜炎：[なし ・ あり] 部位：()											
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()											
		結膜炎：[なし ・ あり] 詳細：()											
	眼	眼窩周囲浮腫：[なし ・ あり] 詳細：()											

告示番号		21		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		18 ブラウ（Blau）症候群／若年発症サルコイドーシス								受付種別		☐ 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)														
基本情報		発症年齢：()歳														
症状	全身	発熱 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎：[なし ・ あり]														
		筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり] 屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり] 骨髓炎：[なし ・ あり] 部位：() 筋・骨格症状 (その他)：()													
			皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：() 皮疹出現や増悪の契機：[なし ・ あり] 詳細：()												
				眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 視力低下：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()											
	消化器		炎症性腸疾患：[なし ・ あり]													
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()														
	その他	低ガンマグロブリン血症：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()														
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
	症状	全身	発熱 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎：[なし ・ あり]													
			筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり] 屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり] 骨髓炎：[なし ・ あり] 部位：() 筋・骨格症状 (その他)：()												
				皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：() 皮疹出現や増悪の契機：[なし ・ あり] 詳細：()											
					眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 視力低下：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()										
		消化器		炎症性腸疾患：[なし ・ あり]												

告示番号		19		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		19 中條・西村症候群								受付種別		☐ 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)														
基本情報		発症年齢：()歳														
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]														
		発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他]														
		熱型 (その他)：()														
		発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい														
	筋・骨格	寒冷誘発炎症：[なし ・ あり]														
		詳細：()														
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節拘縮：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 筋萎縮：[なし ・ あり] 筋炎：[なし ・ あり] 長く節くれ立った指：[なし ・ あり]														
	筋力低下：[なし ・ あり] 部位：()															
	筋・骨格症状 (その他)：()															
	皮膚・粘膜	ヘリオトロープ様皮疹：[なし ・ あり] 結節性紅斑様皮疹：[なし ・ あり] 凍瘡様皮疹 (手足)：[なし ・ あり] 限局性脂肪萎縮：[なし ・ あり]														
皮疹 (その他)：部位：() 皮疹 (その他)：()																
眼	眼球突出：[なし ・ あり] 視力低下：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()															
内分泌・代謝	耐糖能異常：[なし ・ あり] 高コレステロール血症：[なし ・ あり] 高トリグリセリド血症：[なし ・ あり] 肥満：[なし ・ あり]															
精神・神経	てんかん：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]															
	神経症状：[なし ・ あり]															
	詳細：()															
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	全身	低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]														
		発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他]														
		熱型 (その他)：()														
		発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい														
	筋・骨格	寒冷誘発炎症：[なし ・ あり]														
		詳細：()														
関節腫脹：[なし ・ あり] 関節拘縮：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 筋萎縮：[なし ・ あり] 筋炎：[なし ・ あり] 長く節くれ立った指：[なし ・ あり]																
筋力低下：[なし ・ あり] 部位：()																
筋・骨格症状 (その他)：()																
皮膚・粘膜	ヘリオトロープ様皮疹：[なし ・ あり] 結節性紅斑様皮疹：[なし ・ あり] 凍瘡様皮疹 (手足)：[なし ・ あり] 限局性脂肪萎縮：[なし ・ あり]															

告示番号		17		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		20 高IgD症候群（メバロン酸キナーゼ欠損症）								受付種別		☐ 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	全身	発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 発熱期間：()日間 熱型（その他）：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい													
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 部位：()													
		漿膜炎：[なし ・ あり] 部位：()													
		アミロイドーシス（腎）：[なし ・ あり] アミロイドーシス（肝）：[なし ・ あり] アミロイドーシス（消化器）：[なし ・ あり] アミロイドーシス（その他）：()													
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり]													
		関節の嚢腫状腫脹（足背）：[なし ・ あり] 関節の嚢腫状腫脹（手背）：[なし ・ あり]													
		屈指症（手指）：[なし ・ あり] 屈指症（足趾）：[なし ・ あり]													
		口内炎：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()													
		眼													
	消化器	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()													
		肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 嘔吐：[なし ・ あり]													
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()													
		その他													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 発熱期間：()日間 熱型（その他）：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい													
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 部位：()													
		漿膜炎：[なし ・ あり] 部位：()													
		アミロイドーシス（腎）：[なし ・ あり] アミロイドーシス（肝）：[なし ・ あり] アミロイドーシス（消化器）：[なし ・ あり] アミロイドーシス（その他）：()													
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり]													
		関節の嚢腫状腫脹（足背）：[なし ・ あり] 関節の嚢腫状腫脹（手背）：[なし ・ あり]													
		屈指症（手指）：[なし ・ あり] 屈指症（足趾）：[なし ・ あり]													
		口内炎：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()													
		眼													
	消化器	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()													
		肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 嘔吐：[なし ・ あり]													
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()													
		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
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]
○	認定
△	不認定
×	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

告示番号		15		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		21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アフネ症候群								受付種別		☐ 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)												
基本情報		発症年齢：()歳												
症状	全身	発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 発熱期間：()日間 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい												
		アミロイドーシス (腎)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (肝)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (その他)：()												
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]												
		関節腫脹：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()												
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 注射部位の膿瘍形成：[なし ・ あり]												
		嚢胞性ざ瘡：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()												
		壊疽性膿皮症：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()												
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()												
	消化器	炎症性腸疾患：[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														
症状	全身	発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 発熱期間：()日間 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい												
		アミロイドーシス (腎)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (肝)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (その他)：()												
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]												
		関節腫脹：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()												
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 注射部位の膿瘍形成：[なし ・ あり]												
		嚢胞性ざ瘡：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()												
		壊疽性膿皮症：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()												
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()												
	消化器	炎症性腸疾患：[なし ・ あり]												
	その他	症状 (その他)：()												

告示番号		22		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		22 慢性再発性多発性骨髄炎										受付種別		☐ 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	全身	発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 発熱期間：()日間 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい															
		寒冷誘発炎症：[なし ・ あり] 詳細：()															
		アミロイドーシス (腎)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (肝)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (その他)：()															
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり]															
		関節拘縮：[なし ・ あり] 部位：()															
		骨髄炎：[なし ・ あり] 部位：() 経過：[孤発性 ・ 多発性 ・ 単相一過性 ・ 多相再発性]															
		筋・骨格症状 (その他)：()															
	皮膚・粘膜	膿疱症 (手掌足底)：[なし ・ あり] 膿疱症 (その他)：()															
		乾癬：[なし ・ あり] ざ瘡：[なし ・ あり] 皮疹 (その他)：()															
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()															
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり] 嘔吐：[なし ・ あり] 炎症性腸疾患：[なし ・ あり]															
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()															
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	全身	発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 発熱期間：()日間 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい															
		寒冷誘発炎症：[なし ・ あり] 詳細：()															
		アミロイドーシス (腎)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (肝)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (その他)：()															
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり]															
		関節拘縮：[なし ・ あり] 部位：()															
		骨髄炎：[なし ・ あり] 部位：() 経過：[孤発性 ・ 多発性 ・ 単相一過性 ・ 多相再発性]															
		筋・骨格症状 (その他)：()															
	皮膚・粘膜	膿疱症 (手掌足底)：[なし ・ あり] 膿疱症 (その他)：()															

告示番号		13		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		23 インターロイキンⅠ受容体拮抗分子欠損症								受付種別		☐ 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)													
基本情報		発症年齢：()歳													
症状	全身	発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 発熱期間：()日間 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい													
		血管炎：[なし ・ あり]													
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節炎：[なし ・ あり] 骨膜炎：[なし ・ あり] 骨髓炎 (細菌性)：[なし ・ あり] 骨髓炎 (無菌性)：[なし ・ あり] 骨痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()													
		魚鱗癬様皮疹：[なし ・ あり] 膿疱性皮疹：[なし ・ あり] 皮疹 (その他)：()													
	皮膚・粘膜	爪変形：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()													
		眼 結膜炎：[なし ・ あり]													
	呼吸器・循環器	間質性肺炎：[なし ・ あり] 無呼吸発作：[なし ・ あり] 呼吸窮迫：[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															
症状	全身	発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 発熱期間：()日間 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい													
		血管炎：[なし ・ あり]													
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節炎：[なし ・ あり] 骨膜炎：[なし ・ あり] 骨髓炎 (細菌性)：[なし ・ あり] 骨髓炎 (無菌性)：[なし ・ あり] 骨痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()													
		魚鱗癬様皮疹：[なし ・ あり] 膿疱性皮疹：[なし ・ あり] 皮疹 (その他)：()													
	皮膚・粘膜	爪変形：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()													
		眼 結膜炎：[なし ・ あり]													
	呼吸器・循環器	間質性肺炎：[なし ・ あり] 無呼吸発作：[なし ・ あり] 呼吸窮迫：[なし ・ あり]													
	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		白血球数：()/μL 赤沈 (1時間値)：()mm/h CRP：()mg/dL 血清アミロイドA：()μg/mL・未実施 プロカルシトニン：()ng/mL・未実施													

医療機関・医師署名

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 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		20		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		24 乳児発症 S T I N G 関連血管炎										受付種別		☐ 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)														
基本情報		発症年齢：()歳														
症状	全身	初発症状：()														
		低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]														
		発熱：[なし ・ あり] 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり]														
		発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい														
	呼吸器・ 循環器	間質性肺疾患：[なし ・ 両側性 ・ 片側性] 肺線維症 (CTまたはX線で要確認)：[なし ・ あり]														
		肺気腫：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり] 肺活量の低下：[なし ・ あり ・ 未検査]														
		息切れ (呼吸障害による)：[なし ・ 継続的 ・ 間欠的]														
	皮膚・粘膜	酸素吸入：[なし ・ あり] 気管切開：[なし ・ あり] 脳血管障害：[なし ・ あり]														
		凍瘡様皮疹：[なし ・ あり] 指趾先端の紅斑、紫斑：[なし ・ あり] 潰瘍 (手指・足趾)：[なし ・ あり]														
		壊疽 (手指・足趾)：[なし ・ 10指未満 ・ 10指以上 ・ 全て]														
筋・骨格	爪の欠損：[なし ・ 10指未満 ・ 10指以上 ・ 全て]															
	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節熱感：[なし ・ あり]															
	筋炎：[なし ・ あり]															
	消化器															
	肝炎：[なし ・ あり] 胆管炎：[なし ・ あり]															
	内分泌															
	甲状腺炎：[なし ・ あり]															
	腎臓															
糸球体腎炎：[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																
症状	全身	初発症状：()														
		低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]														
		発熱：[なし ・ あり] 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり]														
		発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい														
	呼吸器・ 循環器	間質性肺疾患：[なし ・ 両側性 ・ 片側性] 肺線維症 (CTまたはX線で要確認)：[なし ・ あり]														
		肺気腫：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり] 肺活量の低下：[なし ・ あり ・ 未検査]														
		息切れ (呼吸障害による)：[なし ・ 継続的 ・ 間欠的]														
	皮膚・粘膜	酸素吸入：[なし ・ あり] 気管切開：[なし ・ あり] 脳血管障害：[なし ・ あり]														
		凍瘡様皮疹：[なし ・ あり] 指趾先端の紅斑、紫斑：[なし ・ あり] 潰瘍 (手指・足趾)：[なし ・ あり]														
		壊疽 (手指・足趾)：[なし ・ 10指未満 ・ 10指以上 ・ 全て]														
	筋・骨格	爪の欠損：[なし ・ 10指未満 ・ 10指以上 ・ 全て]														
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節熱感：[なし ・ あり]														
		筋炎：[なし ・ あり]														
	消化器		肝炎：[なし ・ あり] 胆管炎：[なし ・ あり]													
	内分泌		甲状腺炎：[なし ・ あり]													
腎臓		糸球体腎炎：[なし ・ あり]														
その他		症状 (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〉		1/4		
病名		25 15から24までに掲げるもののほか、自己炎症性疾患								受付種別		☐ 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 日								
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI				
										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														
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)				
基本情報		発症年齢：()歳												
症状	全身	発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 発熱期間：()日間 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい												
		低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり] 先天性赤血球異形成貧血：[なし ・ あり] 血管炎：[なし ・ あり] アミロペクチノーシス：[なし ・ あり] 肉芽腫性病変：[なし ・ あり]												
		易感染性：[なし ・ あり] 部位：() 病原体：()												
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 部位：()												
		漿膜炎：[なし ・ あり] 部位：()												
		寒冷誘発炎症：[なし ・ あり] 詳細：()												
		アミロイドーシス (腎)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (肝)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器)：[なし ・ あり] アミロイドーシス (その他)：()												
		炎症発作の誘因：[なし ・ あり] 詳細：()												
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 部位：()												
		関節痛：[なし ・ あり] 部位：()												
		関節の機能障害：[なし ・ あり] 部位：()												
		筋痛：[なし ・ あり] 部位：()												
		骨格筋障害：[なし ・ あり] 部位：()												
		骨髓炎：[なし ・ あり] 部位：()												
		線維性軟骨異形成：[なし ・ あり] 部位：()												
		顎骨の拡大：[なし ・ 上顎 ・ 下顎] 筋・骨格症状 (その他)：()												
	皮膚・粘膜	毛包性丘疹：[なし ・ あり] 寒冷蕁麻疹：[なし ・ あり] 網状皮疹：[なし ・ あり] 蕁麻疹様発疹：[なし ・ あり] 尋常性乾癬：[なし ・ あり] 膿疱性乾癬：[なし ・ あり] 慢性毛包炎：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 多毛症：[なし ・ あり] 掌蹼角化症：[なし ・ あり] 色素過剰症：[なし ・ あり] 皮疹 (その他)：()												
		眼												
	耳鼻咽喉		眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()											
	耳鼻咽喉		難聴：[なし ・ あり]											
呼吸器・循環器		心筋障害：[なし ・ あり]												

