

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〉		1/3	
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		<div><input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入 → ()</div>	
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 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													
具体的な疾病名		()						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											
		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] アミロパクチノーシス：[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] 掌跖角化症：[なし ・ あり] 色素過剰症：[なし ・ あり] 皮疹 (その他)：()											
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											

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

8

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