

告示番号		5		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		8 多発血管炎性肉芽腫症								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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																
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	リベドー: [ 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): ( )															
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
血液検査		白血球数: ( )/μL リンパ球: ( )% 好酸球: ( )% ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL ヘマトクリット (Ht): ( )% 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL PT-INR: ( ) APTT: ( )秒 D-dimer: ( )μg/mL・未実施 FDP: ( )μg/mL・未実施 血清クレアチニン: ( )mg/dL CH50: ( )U/mL・未実施 血清IgG: ( )mg/dL 血清IgE: ( )IU/mL 赤沈 (1時間値): ( )mm/h CRP: ( )mg/dL 抗核抗体: ( )倍・未実施 KL-6: ( )U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量): ( )IU/mL・未実施 PR3-ANCA: ( )IU/mL・未実施 MPO-ANCA: ( )IU/mL・未実施 抗GBM抗体: ( )U/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

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