

告示番号		12		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2		
病名		12 再発性多発軟骨炎						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 (申請時) ※直近の状況を記載														
最終受診日		(年 月 日)												
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												
	眼	紫斑: [なし ・ あり]												
		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): ()												
		耳鳴: [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												
	精神・神経	悪心: [なし ・ あり]												
		運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]												
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 ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清クレアチニン: ()mg/dL 赤沈 (1時間値): ()mm/h CRP: ()mg/dL 抗核抗体: ()倍・未実施 リウマトイド因子 (定量): ()IU/mL・未実施 MMP-3: ()ng/mL・未実施 抗 CCP 抗体: ()U/mL・未実施												
		尿酸検査		血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 蛋白尿: [なし ・ あり]										
病理検査		生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
		部位: () 所見: ()												
遺伝学的検査		HLA遺伝子型判定: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
		抗原型 (HLA-A) ① : () 抗原型 (HLA-A) ② : ()												
		抗原型 (HLA-B) ① : () 抗原型 (HLA-B) ② : ()												
		抗原型 (HLA-DR) ① : () 抗原型 (HLA-DR) ② : ()												
		抗原型 (HLA-DQ) ① : () 抗原型 (HLA-DQ) ② : ()												
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
合併症		他の膠原病の合併: [なし ・ あり] 合併疾患名: ()												
		腎疾患の合併: [なし ・ あり] 合併疾患名: ()												
		合併症 (その他): ()												

