

告示番号		24		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		13 全身性強皮症						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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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]			
		呼吸器・ 循環器		レイノー現象 : [なし ・ あり] 手指先端部の虫食い状癒痕 : [なし ・ あり] 爪上皮内出血点 : [なし ・ あり]									
				皮膚・粘膜症状 (その他) : ()									
消化器		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) : ()											
その他		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) : ()											
症状 (その他) : ()													
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Scl-70抗体 : ()U/mL・未実施 抗セントロメア抗体 : ()U/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 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) : ()											
病理検査		皮膚生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 前腕伸側硬化 : [なし ・ あり] 所見 : ()											
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
鑑別診断		限局性強皮症 : [なし ・ あり]											
合併症		シェーグレン症候群 : [なし ・ あり] 逆流性食道炎 : [なし ・ あり] 強皮症腎クリーゼ : [なし ・ あり] 合併症 (その他) : ()											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
臨床経過		症状の進行性 : [なし ・ あり] 経過 : [軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他] 経過 (その他) : ()											
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] 免疫抑制薬 : [なし ・ あり] プロスタサイクリン : [なし ・ あり] ACE阻害薬 : [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

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

月

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 ()

被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日