

告示番号		11		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		6 ベーチェット (Behcet) 病						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) 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 )											
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)：( )											
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 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL CH50：( )U/mL・未実施 血清IgD：( )mg/dL・未実施 赤沈 (1時間値)：( )mm/h CRP：( )mg/dL											
病理検査		生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )											
皮膚科的検査		針反応：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]											
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		合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											

