

告示番号		8		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		1 若年性特発性関節炎						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) 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)												
病型		現在： [全身型 ・ 全身型発症関節炎 ・ 進展型少関節炎 ・ 持続型少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎]												
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] 熱型 (その他)：() 朝のこわばり：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] マクロファージ活性化症候群：[なし ・ あり]												
		筋・骨格	腫脹関節数：() 個 部位詳細：() 疼痛関節数：() 個 部位詳細：() 関節可動域制限：[なし ・ あり] 詳細：() 可動域制限関節数：() 個 部位詳細：() 付着部炎：[なし ・ あり] 指趾炎：[なし ・ あり] 腰背部痛：[なし ・ あり] 筋痛：[なし ・ あり]											
			皮膚・粘膜	爪甲剥離：[なし ・ あり] 爪点状陥凹：[なし ・ あり] 爪油滴：[なし ・ あり] 紅斑性皮疹：[なし ・ あり] リウマトイド結節：[なし ・ あり] 乾癬：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()										
	眼 ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 所見：[無症候性 ・ 症候性]													
	呼吸器・循環器			胸膜炎：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり]										
			消化器 腹膜炎：[なし ・ あり] 肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり]											
	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 D-dimer：()μg/mL・未実施 AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL トリグリセリド (中性脂肪)：()mg/dl フィブリノゲン：()mg/dl フェリチン：()ng/mL・未実施 赤沈 (1時間値)：()mm/h CRP：()mg/dL 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											
			抗核抗体：()倍・未実施 染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他] 染色型 (その他)：()											
画像検査		超音波検査 (関節)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 関節液貯留：[なし ・ あり] 関節滑膜肥厚：[なし ・ あり] 付着部肥厚：[なし ・ あり] 腱鞘滑膜炎：[なし ・ あり] 異常パワードブラ (関節内)：[なし ・ あり] 異常パワードブラ (付着部)：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()												

