

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	<b>1 若年性特発性関節炎</b>			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI
		年 月 日	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 )						
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：( )					
	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 <sup>4</sup> /μL		D-dimer：( )μg/mL・未実施		AST：( )U/L		
	ALT：( )U/L		LDH：( )U/L		BUN：( )mg/dL		
血液検査	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 ]		異常パワードプラ (関節内)：[ なし ・ あり ]		異常パワードプラ (付着部)：[ なし ・ あり ]		
所見 (その他)：( )							
画像検査	単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )						
	関節裂隙狭小化：[ なし ・ あり ]		骨びらん：[ なし ・ あり ]		関節変形 (亜脱臼・偏位・過伸展)：[ なし ・ あり ]		
	関節強直：[ なし ・ あり ]		指趾骨基部杯状化：[ なし ・ あり ]		脊椎の竹節様変化：[ なし ・ あり ]		

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) **2/3**

画像検査	MRI検査(関節): [ 未実施 ・ 実施 ] 関節液貯留: [ なし ・ あり ] 仙腸関節炎: [ なし ・ あり ] 所見(その他): ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 滑膜肥厚: [ なし ・ あり ] 骨髄浮腫: [ なし ・ あり ]
遺伝学的検査	HLA遺伝子型判定: [ 未実施 ・ 実施 ] 抗原型 (HLA-A) ① : ( ) 抗原型 (HLA-B) ① : ( ) 抗原型 (HLA-DR) ① : ( ) 抗原型 (HLA-DQ) ① : ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 抗原型 (HLA-A) ② : ( ) 抗原型 (HLA-B) ② : ( ) 抗原型 (HLA-DR) ② : ( ) 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: ( ) 悪性疾患の合併: [ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴: 強直脊椎炎: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴: 炎症性腸疾患に伴う仙腸関節炎: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴: 急性前部ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴(その他): ( )	家族歴: 付着部炎関連関節炎: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴: Reiter症候群: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
疾患活動性	JADAS-27: ( ) ・ 未実施	
機能障害	Sterinbrocker機能障害度分類: [ 未実施 ・ Class I ・ Class II ・ Class III ・ Class IV ] CHAQ: ( ) 点 ・ 未実施	
経過(申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ]	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]
	抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ]	
	免疫調整薬: 金製剤: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫調整薬: プシラミン: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]	免疫調整薬: サラゾスルファピリジン: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫調整薬: イグラチモド: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]
	免疫抑制薬: タクロリムス: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫抑制薬: ミゾリピン: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫抑制薬: トファシチニブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]	免疫抑制薬: メトトレキサート: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫抑制薬: レフルノミド: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]
	生物学的製剤: トシリズマブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: アダリムマブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: ゴリムマブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: アバタセプト: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: アナキンラ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤(その他): ( )	生物学的製剤: エタネルセプト: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: インフリキシマブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: セルトリズマブベゴル: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: カナキヌマブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]
	抗リウマチ薬(その他): ( )	
	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	記載年月日	年 月 日
医療機関所在地	診断年月日	年 月 日
電話番号	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	[ 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

告示番号		9		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	2 全身性エリテマトーデス			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
	年 月 日	年 月 日		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 )							
症状	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [ なし ・ あり ]		全身倦怠感: [ なし ・ あり ]	浮腫: [ なし ・ あり ]			
		高血圧: [ なし ・ あり ]		溶血性貧血: [ なし ・ あり ]				
		全身症状 (その他): ( )						
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [ なし ・ あり ]		筋痛: [ なし ・ あり ]	筋力低下: [ なし ・ あり ]			
		筋炎: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	日光過敏: [ なし ・ あり ]		レイノー現象: [ なし ・ あり ]	脱毛: [ なし ・ あり ]			
		円盤状紅斑: [ なし ・ あり ]		蝶形紅斑: [ なし ・ あり ]	口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]			
		鼻腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]						
		皮膚・粘膜症状 (その他): ( )						
眼	眼痛: [ なし ・ あり ]		視力低下: [ なし ・ あり ]					
	眼症状 (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 ]	肺出血: [ なし ・ あり ]				
	肺梗塞: [ なし ・ あり ]		肺高血圧症: [ なし ・ あり ]	心膜炎: [ なし ・ あり ]				
	循環器・呼吸器症状 (その他): ( )							
腎・泌尿器	ネフローゼ症候群: [ なし ・ あり ]		急性腎不全: [ なし ・ あり ]	慢性腎不全: [ なし ・ あり ]				
	腎・泌尿器症状 (その他): ( )							
消化器	腹痛: [ なし ・ あり ]		腹膜刺激症状: [ なし ・ あり ]	下痢: [ 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 ]	多発単神経炎: [ なし ・ あり ]				
	脊髄障害: [ なし ・ あり ]		無菌性髄膜炎: [ なし ・ あり ]	器質性脳症候群: [ なし ・ あり ]				
	脳神経症状: [ 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	白血球分画:リンパ球: ( )%		網赤血球: ( )%				
	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		APTT: ( )秒				
	血清総ビリルビン (T-Bil): ( )mg/dL	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL		AST: ( )U/L				
	ALT: ( )U/L	LDH: ( )U/L		血清アミラーゼ: ( )U/L				
	BUN: ( )mg/dL	血清クレアチニン: ( )mg/dL		血清IgG: ( )mg/dL				
	赤沈 (1時間値): ( )mm/h	CRP: ( )mg/dL		C3: ( )mg/dL		C4: ( )mg/dL		
	CH50: ( )U/mL・未実施	抗核抗体: ( )倍・未実施						
	抗SS-A/Ro抗体:オクタロニー法: ( )倍・未実施	抗SS-A/Ro抗体:EIA法: ( )U/mL・未実施						
	抗SS-B/La抗体:オクタロニー法: ( )倍・未実施	抗SS-B/La抗体:EIA法: ( )U/mL・未実施						
	抗カルジオリピン抗体 (IgG): ( )U/mL・未実施	抗カルジオリピン抗体 (IgM): ( )U/mL・未実施						
	抗CLβ2GP1抗体: ( )U/mL・未実施	ループスアンチコアグラント: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]						
	リウマトイド因子 (定量): ( )IU/mL・未実施	血清ハプトグロビン: ( )mg/dL・未実施						
	抗dsDNA抗体: ( )IU/mL・未実施	抗Sm抗体: ( )U/mL・未実施						
抗RNP (U1-RNP) 抗体: ( )U/mL・未実施								
自己抗体 (その他): ( )								

告示番号 **9** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/3**

尿検査	細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ] 尿中蛋白量: ( )mg/dL	血尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ( )	一日尿蛋白量: ( )g/day ・ 未実施 尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
病理検査	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) INS/RPS分類 (Class): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI ]		
	生検 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )		
生理機能検査	脳波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	( )
画像検査	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	( )
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	( )
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )		( )
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
合併症	抗リン脂質症候群: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )	シェーグレン症候群: [ なし ・ あり ]	( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [ なし ・ あり ] 免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]	クロロキン製剤: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法: [ 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		記載年月日	年 月 日
医療機関所在地		診断年月日	年 月 日
電話番号		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	[ 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

告示番号 <b>10</b>		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	<b>3 皮膚筋炎/多発性筋炎</b>			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
	年 月 日	年 月 日		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 )					
診断	診断分類 (皮膚筋炎/多発性筋炎): [ 皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎 ]					
症状	全身	発熱: [ なし ・ あり ] 体重減少: [ なし ・ あり ] 浮腫 (全身性): [ 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 ] 関節拘縮: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 筋把握痛: [ なし ・ あり ] 筋痛: [ なし ・ あり ] 筋力低下: [ なし ・ あり ] 筋萎縮: [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 (その他): ( )				
	皮膚・粘膜	爪郭発赤: [ なし ・ あり ] 日光過敏: [ なし ・ あり ] レイノー現象: [ なし ・ あり ] 蝶形紅斑: [ なし ・ あり ] 紅斑 (関節伸側): [ なし ・ あり ] ゴットロン丘疹: [ なし ・ あり ] ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑): [ なし ・ あり ] ヘリオトロープ疹: [ なし ・ あり ] 皮下石灰化: [ なし ・ あり ] 粘膜潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他): ( )				
	眼	網膜血管病変: [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他): ( )				
	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [ なし ・ あり ] 乾性咳嗽: [ なし ・ あり ] 呼吸困難 (労作時): [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ] 心筋炎: [ なし ・ あり ] 心電図異常: [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他): ( )				
	消化器	消化管潰瘍: [ なし ・ あり ] 消化管穿孔: [ なし ・ あり ] 消化器症状 (その他): ( )				
	精神・神経	痙攣: [ なし ・ あり ] 精神症状: [ 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 リンパ球: ( )% 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 APTT: ( )秒 D-dimer: ( )μg/mL・未実施					
	FDP: ( )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 CK: これまでの最高値: ( )U/L					
	アルドラーゼ: これまでの最高値: ( )U/L 血清IgG: ( )mg/dL KL-6: ( )U/mL・未実施					
	赤沈 (1時間値): ( )mm/h CRP: ( )mg/dL C3: ( )mg/dL C4: ( )mg/dL					
	CH50: ( )U/mL・未実施 抗核抗体: ( )倍・未実施					
	抗SS-A/Ro抗体: オクタロニー法: ( )倍・未実施 抗SS-A/Ro抗体: EIA法: ( )U/mL・未実施					
	抗SS-B/La抗体: オクタロニー法: ( )倍・未実施 抗SS-B/La抗体: EIA法: ( )U/mL・未実施					
	リウマトイド因子 (定量): ( )IU/mL・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Jo-1抗体: ( )U/mL 抗ARS抗体スクリーニング: [ 陰性 ・ 陽性 ]						
抗dsDNA抗体: ( )IU/mL・未実施 抗Sm抗体: ( )U/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体: ( )U/mL・未実施						
自己抗体 (その他): ( )						
尿検査	細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]		血尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]			
一日尿蛋白量: ( )g/day・未実施		尿中蛋白量: ( )mg/dL				

告示番号	10	膠原病 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/3
病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ]
	筋線維の変性及び細胞浸潤：[ なし ・ あり ]		皮膚筋炎に合致する所見：[ なし ・ あり ]		
生理機能検査	生検 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		部位：( ) 所見：( )
	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		筋電図筋原性変化：[ なし ・ あり ]		
	呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
画像検査	肺拡散能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		DLco：( )mL/min/mmHg
	CT検査 (肺)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		間質性陰影：[ なし ・ あり ] 胸水：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )
	MRI検査 (筋)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
部位：( )		所見：( )			
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：( )				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
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 ]		ステロイドパルス療法：[ なし ・ あり ]
	クロロキン製剤：[ なし ・ あり ]		免疫調整薬：[ なし ・ あり ]		メトトレキサート：[ なし ・ あり ]
	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]		生物学的製剤：[ なし ・ あり ]		抗凝固薬：[ なし ・ あり ]
	強心薬：[ なし ・ あり ]		利尿薬：[ なし ・ あり ]		免疫グロブリン療法：[ 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			記載年月日	年	月 日
医療機関所在地			診断年月日	年	月 日
電話番号			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	[ 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

告示番号		7		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	4 シェーグレン (Sjogren) 症候群							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)			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	全身	発熱: [ なし ・ あり ] 全身倦怠感: [ なし ・ あり ] 摂食時よく水を飲む: [ なし ・ あり ] 朝のこわばり: [ なし ・ あり ] 全身の疼痛: [ なし ・ あり ] リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ] 溶血性貧血: [ 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・骨格症状 (その他): ( )											
	皮膚・粘膜	レイノー現象: [ なし ・ あり ] 鼻の乾燥: [ なし ・ あり ] 環状紅斑: [ なし ・ あり ] う歯の増加: [ なし ・ あり ] 口腔の痛み: [ なし ・ あり ] 口渇: [ なし ・ あり ] 口臭: [ なし ・ あり ] 血小板減少性紫斑: [ なし ・ あり ] 高γグロブリン性紫斑: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他): ( )											
	唾液腺	耳下腺腫脹の反復: [ なし ・ あり ] 顎下腺腫脹の反復: [ なし ・ あり ] ラムラ: [ なし ・ あり ] 唾液腺症状 (その他): ( )											
	眼	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ] 乾燥性角結膜炎: [ なし ・ あり ] 繰り返す目の充血: [ なし ・ あり ] 目のかゆみ: [ なし ・ あり ] 眼の異物感: [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他): ( )											
	腎・泌尿器	間質性腎炎: [ なし ・ あり ]											
	内分泌・代謝	甲状腺腫: [ なし ・ あり ]											
	精神・神経	無菌性髄膜炎: [ 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 リンパ球: ( )% 網赤血球: ( )% ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清総ビリルビン (T-Bil): ( )mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL AST: ( )U/L ALT: ( )U/L LDH: ( )U/L 血清アミラーゼ: ( )U/L 血清アミラーゼアインザイム (膵由来): ( )%・未実施 血清アミラーゼアインザイム (唾液腺由来): ( )%・未実施 BUN: ( )mg/dL 血清クレアチニン: ( )mg/dL 血清IgG: ( )mg/dL IgG4: ( )mg/dL 赤沈 (1時間値): ( )mm/h CRP: ( )mg/dL 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): ( )												
	抗SS-A/Ro抗体: オクタロニー法: ( )倍・未実施 抗SS-A/Ro抗体: EIA法: ( )U/mL・未実施 抗SS-B/La抗体: オクタロニー法: ( )倍・未実施 抗SS-B/La抗体: EIA法: ( )U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量): ( )IU/mL・未実施 血清ハプトグロビン: ( )mg/dL・未実施 自己抗体 (その他): ( )												
	ムンプスIgG (EIA): ( )・未実施 ムンプスIgM (EIA): ( )・未実施												
	HBs抗原: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] HBe抗原: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] HBe抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] HBe抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] HBs抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]												
	HCV抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] HTLV-1抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] HIV抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]												
	尿検査	細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]		血尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]			一日尿蛋白量: ( )g/day・未実施						
	尿中蛋白量: ( )mg/dL		尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]										

唾液腺・ 涙腺分泌検査	シルマーテスト: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	実施日: ( 年 月 日 )	シルマーテスト (右眼): ( )mm/5分	シルマーテスト (左眼): ( )mm/5分
	ローズベンガルテスト: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	実施日: ( 年 月 日 )	van Bijsterveldスコア (右眼): ( )点	van Bijsterveldスコア (左眼): ( )点
	蛍光色素試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	蛍光色素試験 (右): [ 陰性 ・ 陽性 ]	蛍光色素試験 (左): [ 陰性 ・ 陽性 ]
	ACR/SICCAスコア: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	ACR/SICCAスコア (右): ( )点	ACR/SICCAスコア (左): ( )点
	唾液自然分泌量: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	唾液自然分泌量 (結果): ( )mL/15分	
	サクソントテスト: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	サクソントテスト (結果): ( )g/2分	
	ガムテスト: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	ガムテスト (結果): ( )mL/10分	
病理検査	皮膚生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	皮膚筋炎に合致する所見: [ なし ・ あり ]	その他所見: ( )
	口唇・小唾液腺生検: [ 未実施 ・ 細胞浸潤なし ・ 細胞浸潤あり ]	実施日: ( 年 月 日 )	細胞浸潤の程度: [ 1 focus未満/4mm2 ・ 1 focus以上/4mm2 ]	フォーカススコア: ( )
	生検 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	部位: ( )	所見: ( )
画像検査	シアログラフィ (耳下腺): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	Rubin-Holt分類 Stage: [ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ]	方法: [ X線 ・ MRI ]
	シンチグラフィ (唾液腺): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	取り込み低下: [ なし ・ あり ]	酸刺激での分泌低下: [ なし ・ あり ]
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: ( )			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載				
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 ]	免疫調整薬: [ なし ・ あり ]	
	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]	生物学的製剤: [ なし ・ あり ]	抗凝固薬: [ なし ・ あり ]	
	強心薬: [ なし ・ あり ]	利尿薬: [ なし ・ あり ]	免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ]	
	人工唾液: [ なし ・ あり ]			
	唾液分泌促進薬: セビメリン: [ なし ・ あり ]	ピロカルピン: [ なし ・ あり ]	プロムヘキシシン: [ なし ・ あり ]	
	漢方薬: [ なし ・ あり ]			
	点眼薬: ヒアルロン酸: [ なし ・ あり ]	ジグアスホル: [ なし ・ あり ]	レバミピド: [ なし ・ あり ]	
	人工涙液: [ 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	記載年月日		年	月
医療機関所在地	診断年月日		年	月
電話番号				
	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	[ 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

告示番号		6		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	5 抗リン脂質抗体症候群							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)			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 )												
症状	全身	溶血性貧血: [ なし ・ あり ]					血小板減少症 (10万未満): [ なし ・ あり ]						
	呼吸器・循環器	肺塞栓症: [ なし ・ あり ]		診断方法: ( )									
		動脈血栓症: [ なし ・ あり ]		部位: ( )									
		詳細: ( )											
		静脈血栓症: [ なし ・ あり ]		部位: ( )									
詳細: ( )													
その他	血栓性微小血管障害: [ なし ・ あり ]		部位: ( )										
	詳細: ( )												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL		実施日: ( 年 月 日 )										
	血小板数: ( ) $\times 10^4/\mu\text{L}$		実施日: ( 年 月 日 )										
	網赤血球: ( )%		PT: ( )秒		PT: ( )%		PT-INR: ( )						
	APTT: ( )秒		D-dimer: ( ) $\mu\text{g/mL}$ ・未実施		FDP: ( ) $\mu\text{g/mL}$ ・未実施								
	血清間接ビリルビン: ( )mg/dL		C3: ( )mg/dL		C4: ( )mg/dL		CH50: ( )U/mL・未実施						
ループスアンチコアグラント: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		血清梅毒反応: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]											
画像検査	抗カルジオリピン抗体 (IgG): ( )U/mL・未実施		抗カルジオリピン抗体 (IgM): ( )U/mL・未実施										
	抗カルジオリピン・ $\beta_2$ GP1複合体抗体: ( )U/mL・未実施		抗 $\beta_2$ GP1抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]										
	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )										
	部位: ( )												
	所見: ( )												
CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )											
部位: ( )													
所見: ( )													
MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )											
部位: ( )													
所見: ( )													
血管造影: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )											
部位: ( )													
所見: ( )													
核医学検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )											
部位: ( )													
所見: ( )													

告示番号 <b>6</b> 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) <b>2/2</b>	
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: ( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ]
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	記載年月日 年 月 日
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	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	[ 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

告示番号 <b>11</b>		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)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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: ( )					

告示番号 <b>11</b> 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) <b>2/2</b>	
家族歴	本疾患の家族歴 :父:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 母:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 兄弟:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 姉妹:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 父方祖父:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 父方祖母:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 母方祖父:[ なし ・ あり ・ 不明 ] いとこ:[ なし ・ あり ・ 不明 ] その他:[ なし ・ あり ・ 不明 ]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
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 ] 免疫調整薬:[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬:[ なし ・ あり ] 生物学的製剤:[ なし ・ あり ] 抗凝固薬:[ なし ・ あり ] 強心薬:[ なし ・ あり ] 利尿薬:[ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法:[ 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	記載年月日 年 月 日
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	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	[ 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



告示番号		4		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	7 高安動脈炎 (大動脈炎症候群)							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)			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 )												
病型	病型 (高安動脈炎): [ 弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型 (動脈瘤型) ・ 不明 ] 病型 (高安動脈炎、血管造影所見による): [ I ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IV ・ V ]												
	診断の根拠 (高安動脈炎): [ 画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状 (脈なし、血圧左右差) ・ 頭部乏血症状 (失明、視力障害等) ・ その他 ] 診断の根拠 (高安動脈炎、その他): ( )												
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	レイノー・四肢の冷感: [ なし ・ あり ]		リペドー (網状皮斑): [ 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・咯血: [ なし ・ あり ]		肺泡出血: [ 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): ( )												

告示番号 **4** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/3**

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
尿検査	細胞円柱：[ なし ・ あり ・ 未実施 ] 血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 一日尿蛋白量：( )g/day・未実施 尿中蛋白量：( )mg/dL
便検査	便潜血：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]
病理検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
画像検査	超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
	CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
	MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
	MRA検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
	血管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
	PET検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
	画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 検査名：( ) 部位：( ) 所見：( )
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	冠動脈病変：[ なし ・ あり ] 肺動脈病変：[ なし ・ あり ] 大動脈瘤：[ なし ・ あり ] 解離性大動脈瘤：[ なし ・ あり ] 大動脈弁閉鎖不全：[ なし ・ あり ] 大動脈弁直上の大動脈径：( )mm 大動脈弁閉鎖不全の程度 (カラードプラ法)：[ わずかな逆流 ・ 僧帽弁前尖まで ・ 乳頭筋まで ・ 心尖まで ] 大動脈弁変化：[ なし ・ あり ] 気管支喘息：[ なし ・ あり ] 合併症 (その他)：( )
重症度分類	重症度 (高安動脈炎)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数：( )回 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 ] 免疫調整薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 強心薬：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法：[ 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：( )
カテーテル治療	カテーテル治療：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 術式：( )
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施 ・ 施行予定 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( )
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 ( )

<b>告示番号</b>	<b>4</b>	<b>膠原病</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書</b>	<b>〈継続申請用〉</b>	<b>3/3</b>
医療機関・医師署名								
上記の通り診断します。								
医療機関名		記載年月日		年	月	日		
医療機関所在地		診断年月日		年	月	日		
電話番号								
		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	[ 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

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)			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											

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)		2/3
尿検査	細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ] 尿中蛋白量: ( )mg/dL	血尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]	一日尿蛋白量: ( )g/day ・ 未実施
便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
	MRA検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
	PET検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
	血管造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
	画像検査(その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載			
合併症	気管支喘息: [ なし ・ あり ] 大腿骨頭壊死: [ なし ・ あり ] 合併症(その他): ( )	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [ なし ・ あり ] 顔面変形: [ なし ・ あり ]	気道狭窄: [ なし ・ あり ]
重症度分類	重症度(多発血管炎性肉芽腫症): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]		
経過(申請時) ※直近の状況を記載			
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数: ( )回 症状の進行性: [ なし ・ あり ] 経過(その他): ( )	経過: [ 軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他 ]	
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ]	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]	免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法: [ 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: ( )		
カテーテル治療	カテーテル治療: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 術式: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施 ・ 施行予定 ] 術式: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
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 ( )		

<b>告示番号</b>	<b>5</b>	<b>膠原病</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)</b>	<b>3/3</b>
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名		記載年月日		年	月	日	
医療機関所在地		診断年月日		年	月	日	
電話番号							
		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	[ 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

告示番号	1	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	9 結節性多発血管炎 (結節性多発動脈炎)				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)		体重 (測定日)	kg ( SD)				
		年 月 日	年 月 日		BMI	%			
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 ]		肺泡出血: [ 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						
尿検査	細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]		血尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]			一日尿蛋白量: ( )g/day・未実施			
	尿中蛋白量: ( )mg/dL								

告示番号	1	膠原病 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/3
便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]				
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )				
	部位: ( ) 所見: ( )				
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )				
	部位: ( ) 所見: ( )				
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )				
	部位: ( ) 所見: ( )				
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )				
	部位: ( ) 所見: ( )				
	MRA検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )				
部位: ( ) 所見: ( )					
PET検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
部位: ( ) 所見: ( )					
血管造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
部位: ( ) 所見: ( )					
画像検査(その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )					
その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	気管支喘息: [ なし ・ あり ] 大腿骨頭壊死: [ なし ・ あり ] 合併症(その他): ( )				
重症度分類	重症度(結節性多発動脈炎): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]				
経過(申請時) ※直近の状況を記載					
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数: ( )回 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 ] 免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法: [ 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: ( )				
カテーテル治療	カテーテル治療: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 術式: ( )				
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施 ・ 施行予定 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )				
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 ( )				



<b>告示番号</b>	<b>1</b>	<b>膠原病</b>	( )	<b>年度</b>	( )	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書</b>	<b>〈継続申請用〉</b>	<b>3/3</b>
医療機関・医師署名								
上記の通り診断します。								
医療機関名		記載年月日		年	月	日		
医療機関所在地		診断年月日		年	月	日		
電話番号								
		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	[ 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

告示番号 **2** 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	10 顕微鏡的多発血管炎			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%	
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 ] 肺泡出血: [ 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					
	尿検査	細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]	血尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]		一日尿蛋白量: ( )g/day・未実施		
	尿中蛋白量: ( )mg/dL						

告示番号 <b>2</b> 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		2/3
便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( ) 所見: ( )	
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( ) 所見: ( )	
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( ) 所見: ( )	
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( ) 所見: ( )	
	MRA検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( ) 所見: ( )	
PET検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
部位: ( ) 所見: ( )		
血管造影: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
部位: ( ) 所見: ( )		
画像検査(その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )		
その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	気管支喘息: [ なし ・ あり ]	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [ なし ・ あり ]
	大腿骨頭壊死: [ なし ・ あり ]	合併症(その他): ( )
重症度分類	重症度(顕微鏡的多発血管炎): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]	
経過(申請時) ※直近の状況を記載		
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数: ( )回	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 ]	生物学的製剤: [ なし ・ あり ]
	強心薬: [ なし ・ あり ]	利尿薬: [ なし ・ あり ]
	免疫調整薬: [ なし ・ あり ]	抗凝固薬: [ なし ・ あり ]
	免疫グロブリン療法: [ 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: ( )	
カテーテル治療	カテーテル治療: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( ) 術式: ( )	
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施 ・ 施行予定 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	術式: ( )	
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 ( )	

<b>告示番号</b>	<b>2</b>	<b>膠原病</b>	( )	<b>年度</b>	( )	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉</b>	<b>3/3</b>
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名		記載年月日		年	月	日	
医療機関所在地		診断年月日		年	月	日	
電話番号							
		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	[ 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

告示番号		3		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	11 好酸球性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)			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 ]		肺泡出血: [ 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										
	尿検査												
細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]		血尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]		一日尿蛋白量: ( )g/day・未実施									
尿中蛋白量: ( )mg/dL													

告示番号	3 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		2/3
便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	MRA検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
PET検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
部位: ( ) 所見: ( )			
血管造影: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
部位: ( ) 所見: ( )			
画像検査(その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )			
その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載			
合併症	気管支喘息: [ なし ・ あり ] 大腿骨頭壊死: [ なし ・ あり ]	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [ なし ・ あり ] 顔面変形: [ なし ・ あり ]	気道狭窄: [ なし ・ あり ] 合併症(その他): ( )
重症度分類	重症度(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]		
経過(申請時) ※直近の状況を記載			
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数: ( )回 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 ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ]	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]	免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法: [ 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: ( )		
カテーテル治療	カテーテル治療: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
部位: ( ) 術式: ( )			
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施 ・ 施行予定 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
術式: ( )			
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 ( )		

<b>告示番号</b>	<b>3</b>	<b>膠原病</b>	( )	<b>年度</b>	( )	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書</b>	<b>〈継続申請用〉</b>	<b>3/3</b>
医療機関・医師署名								
上記の通り診断します。								
医療機関名		記載年月日		年	月	日		
医療機関所在地		診断年月日		年	月	日		
電話番号								
		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	[ 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

告示番号 <b>12</b>		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)		体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI
		年 月 日	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 )					
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	紫斑: [ なし ・ あり ]				
	眼	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): ( )					
	耳鼻咽喉	嚔声: [ 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	悪心: [ なし ・ あり ]					
精神・神経	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 <sup>4</sup> /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			
	MMMP-3: ( )ng/mL・未実施	抗CCP抗体: ( )U/mL・未実施				
尿検査	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): ( )					



告示番号 <b>12</b> 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) <b>2/2</b>	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
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 ]    免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]    生物学的製剤: [ なし ・ あり ]    抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ]    利尿薬: [ なし ・ あり ]    免疫グロブリン療法: [ 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	記載年月日 年 月 日
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	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	[ 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

告示番号 <b>23</b>		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	<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)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
	年 月 日	年 月 日		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	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 (足趾) : [ 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 (下腿) : [ なし ・ あり ]	皮膚硬化 (大腿) : [ 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 ]		
		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) : ( )	
呼吸器・循環器	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) : ( )		
消化器	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) : ( )		
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RNAポリメラーゼIII抗体 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		抗RNP (U1-RNP) 抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施			
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 ]			
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	所見 : ( )					
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 ( )					

<b>告示番号</b>	<b>23</b>	<b>膠原病</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)</b>	<b>2/2</b>
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名				記載年月日	年	月	日
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				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	[ 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

告示番号 <b>24</b>		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	<b>14 混合性結合組織病</b>			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	全身	リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	多発関節炎: [ なし ・ あり ]		筋力低下: [ なし ・ あり ]		
	皮膚・粘膜	手指または手背の腫脹: [ なし ・ あり ]		顔面紅斑: [ なし ・ あり ]	近位部の皮膚硬化: [ なし ・ あり ]	
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [ なし ・ あり ]		間質性肺炎: [ なし ・ あり ]	肺高血圧症: [ なし ・ あり ]	
	消化器	食道蠕動低下または拡張: [ なし ・ あり ]				
	精神・神経	中枢神経症状: [ 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	CK: これまでの最高値: ( ) U/L		アルドラーゼ: これまでの最高値: ( ) U/L			
	血清IgG: ( ) mg/dL		赤沈 (1時間値): ( ) mm/h		CRP: ( ) mg/dL	
	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 ]			
尿検査	細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]		血尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]		一日尿蛋白量: ( ) g/day・未実施	
	尿中蛋白量: ( ) mg/dL					
病理検査	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
	INS/RPS分類 (Class): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI ]					
生理機能検査	生検 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )			
	部位: ( )		所見: ( )			
画像検査	肺拡散能検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) DLco: ( ) mL/min/mmHg					
	CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
合併症	部位: ( )					
	所見: ( )					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
合併症	逆流性食道炎: [ なし ・ あり ]					
	合併症 (その他): ( )					

経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
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 ]    ステロイドパルス療法: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]    循環改善薬: [ なし ・ あり ]
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	記載年月日                      年            月            日
医療機関所在地	診断年月日                      年            月            日
電話番号	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	[ 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

告示番号 <b>14</b>		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	<b>15 家族性地中海熱</b>			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	コルヒチンに対する反応性: [ なし ・ あり ]					
診断	必須項目	発熱: 12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す: [ なし ・ あり ] 持続時間: 1回目: ( ) 時間 持続時間: 2回目: ( ) 時間 持続時間: 3回目: ( ) 時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める: [ なし ・ あり ] 発作間歇期にはこれらが消失する: [ なし ・ あり ]				
	補助項目	非限局性の腹膜炎による腹痛: [ なし ・ あり ] 胸膜炎による胸背部痛: [ なし ・ あり ] 関節炎: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ] 精巣漿膜炎: [ なし ・ あり ] 髄膜炎による頭痛: [ なし ・ あり ] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減: [ なし ・ あり ]				
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	赤沈 (1時間値): 発作時: ( ) mm/h		赤沈 (1時間値): 非発作時: ( ) mm/h			
	CRP: 発作時: ( ) mg/dL		CRP: 非発作時: ( ) mg/dL			
血清アミロイドA: 発作時: ( ) µg/mL ・ 未実施		血清アミロイドA: 非発作時: ( ) µg/mL ・ 未実施				
プロカルシトニン: 発作時: ( ) ng/mL ・ 未実施		プロカルシトニン: 非発作時: ( ) ng/mL ・ 未実施				
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) MEFV遺伝子異常: [ なし ・ あり ] Exon 10 の変異 (M694I, M680I, M694V, V726A: ヘテロ変異を含む): [ なし ・ あり ] Exon 10 以外の変異 (E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C等: ヘテロの変異を含む): [ なし ・ あり ]					
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: ( )					
家族歴	家系: [ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細: ( )					
	両親の血族婚: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					
	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
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 ]		コルヒチン: [ なし ・ あり ]	
	免疫調整薬: [ なし ・ あり ]		免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]		抗凝固薬: [ なし ・ あり ]	
強心薬: [ なし ・ あり ]		利尿薬: [ なし ・ あり ]		免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ]		
生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
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	記載年月日 年 月 日
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	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	[ 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

告示番号 <b>16</b>		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	16 クリオピリン関連周期熱症候群			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	病型分類 (クリオピリン関連周期熱症候群): [ CINCA 症候群 ・ マックル・ウェルズ症候群 ・ 家族性寒冷自己炎症症候群 ]					
症状	全身	初発症状: ( )				
		低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]				
		発熱: [ なし ・ あり ]		発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ]		周期性: [ なし ・ あり ]
		発熱周期: ( ) か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい				
		寒冷誘発炎症: [ なし ・ あり ]				
		詳細: ( )				
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]				
		関節痛: [ なし ・ あり ] 発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]				
		関節熱感: [ なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]				
		骨幹端過形成: [ なし ・ あり ] 部位: ( )				
	皮膚・粘膜	蕁麻疹様皮疹: [ なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]				
		皮疹 (その他): ( )				
	眼	結膜炎: [ なし ・ あり ] 発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]				
		ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ]		視神経乳頭浮腫: [ なし ・ あり ]		
耳鼻咽喉	感音性難聴: [ なし ・ あり ]					
消化器	嘔吐: [ なし ・ あり ]		炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]			
精神・神経	頭痛: [ なし ・ あり ]		頭痛: 発症間隔: [ 発熱発作時のみ ・ 持続的 ]		無菌性髄膜炎: [ なし ・ あり ]	
	精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]					
	移動障害: [ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ]					
その他	神経症状: [ なし ・ あり ]					
詳細: ( )						
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	赤沈 (1時間値): これまでの最高値: ( ) mm/h		赤沈 (1時間値): これまでの最低値: ( ) mm/h			
	CRP: これまでの最高値: ( ) mg/dL		CRP: これまでの最低値: ( ) mg/dL			
	血清アミロイドA: これまでの最高値: ( ) µg/mL ・ 未実施		血清アミロイドA: これまでの最低値: ( ) µg/mL ・ 未実施			
	プロカルシトニン: これまでの最高値: ( ) ng/mL ・ 未実施		プロカルシトニン: これまでの最低値: ( ) ng/mL ・ 未実施			
自己抗体 (その他): ( )						
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	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		NLRP3疾患関連変異: [ なし ・ あり ]	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )					



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: ( )	
家族歴	家系: [ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細: ( )	
	両親の血族婚: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	
	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )	
予防接種歴 (生ワクチン)	BCG: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 水痘: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] その他: ( )	麻疹: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] ムンプス: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
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 ]    コルチヒン: [ なし ・ あり ] 免疫調整薬: [ なし ・ あり ]    免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]    抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ]    利尿薬: [ なし ・ あり ]    免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ]	
	カナキマブ: [ なし ・ あり ]    カナキマブ: 1回投与量: ( )mg    カナキマブ: 体重当たり1回投与量: ( )mg/kg カナキマブ: 投与間隔: ( )週間間隔	
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	記載年月日	年 月 日
医療機関所在地	診断年月日	年 月 日
電話番号	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	[ 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

告示番号 18		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	17 TNF 受容体関連周期性症候群			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
		年 月 日	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 )						
症状	全身	発熱 (38℃以上) : [ なし ・ あり ]		発熱 (38℃未満) : [ なし ・ あり ]		発熱期間 : ( ) 日間	
		熱型 : [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ]					
		熱型 (その他) : ( )					
	発熱間隔 : [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不規則 ]		周期性 : [ なし ・ あり ]		発熱周期 : ( ) か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい		
	アミロイドーシス (腎) : [ なし ・ あり ]		アミロイドーシス (肝) : [ なし ・ あり ]		アミロイドーシス (消化器) : [ なし ・ あり ]		
	アミロイドーシス (その他) : ( )						
	筋・骨格	筋痛 : [ なし ・ あり ] 部位 : ( )					
		筋膜炎 : [ なし ・ あり ] 部位 : ( )					
		関節腫脹 : [ なし ・ あり ]			関節痛 : [ なし ・ あり ]		
	皮膚・粘膜	皮疹 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )					
眼	結膜炎 : [ なし ・ あり ]						
	詳細 : ( ) 眼窩周囲浮腫 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )						
呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感 : [ なし ・ あり ]						
消化器	腹痛 : [ なし ・ あり ] 部位 : ( )						
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	フェリチン : これまでの最高値 : ( ) ng/mL ・ 未実施			フェリチン : これまでの最低値 : ( ) ng/mL ・ 未実施			
	赤沈 (1時間値) : これまでの最高値 : ( ) mm/h			赤沈 (1時間値) : これまでの最低値 : ( ) mm/h			
血液検査	CRP : これまでの最高値 : ( ) mg/dL			CRP : これまでの最低値 : ( ) mg/dL			
	血清アミロイドA : これまでの最高値 : ( ) μg/mL ・ 未実施			血清アミロイドA : これまでの最低値 : ( ) μg/mL ・ 未実施			
	プロカルシトニン : これまでの最高値 : ( ) ng/mL ・ 未実施			プロカルシトニン : これまでの最低値 : ( ) ng/mL ・ 未実施			
	TNF-alpha : これまでの最高値 : ( ) pg/mL ・ 未実施			TNF-alpha : これまでの最低値 : ( ) pg/mL ・ 未実施			
	リウマトイド因子 (定量) : ( ) IU/mL ・ 未実施			抗CCP抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施			
自己抗体 (その他) : ( )							
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	遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )			TNFRSF1A 疾患関連変異 : [ なし ・ あり ]			
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ( )						

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: ( )
家族歴	家系: [ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細: ( )
	両親の血族婚: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
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 ]    メトトレキサート: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 抗リウマチ薬 (その他): ( ) 生物学的製剤: [ なし ・ あり ]    詳細: ( ) 抗凝固薬: [ なし ・ あり ]    強心薬: [ なし ・ あり ]    利尿薬: [ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法: [ 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	記載年月日    年    月    日
医療機関所在地	診断年月日    年    月    日
電話番号	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	[ 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

告示番号		20		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	18 ブラウ (Blau) 症候群 / 若年発症サルコイドーシス							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)			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 )												
症状	全身	発熱 (38℃以上) : [ なし ・ あり ] 発熱 (38℃未満) : [ なし ・ あり ] 発熱期間 : ( )日間 熱型 : [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 熱型 (その他) : ( ) 発熱間隔 : [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ] 周期性 : [ なし ・ あり ] 発熱周期 : ( )か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎 : [ なし ・ あり ]											
		筋・骨格	関節腫脹 : [ なし ・ あり ] 関節痛 : [ なし ・ あり ] 関節の機能障害 : [ なし ・ あり ] 関節の囊腫状腫脹 (足背) : [ なし ・ あり ] 関節の囊腫状腫脹 (手背) : [ なし ・ あり ] 屈指症 (手指) : [ なし ・ あり ] 屈指症 (足趾) : [ なし ・ あり ] 骨髄炎 : [ なし ・ あり ] 部位 : ( ) 筋・骨格症状 (その他) : ( )										
			皮膚・粘膜	皮疹 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( ) 皮疹出現や増悪の契機 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )									
	眼			ぶどう膜炎 : [ なし ・ あり ] 視力低下 : [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他) : ( )									
	消化器		炎症性腸疾患 : [ なし ・ あり ]										
	精神・神経	神経症状 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
	その他	低ガンマグロブリン血症 : [ なし ・ あり ] 症状 (その他) : ( )											
	検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
	血液検査	血清IgG : ( )mg/dL			赤沈 (1時間値) : ( )mm/h			CRP : ( )mg/dL			血清アミロイドA : ( )µg/mL ・ 未実施 MMP-3 : ( )ng/mL ・ 未実施 自己抗体 (その他) : ( )		
	病理検査	生検 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )											
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) : ( )												
	超音波検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )												
眼科学的検査	視力検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 右 (裸眼) : ( ) 左 (裸眼) : ( ) 右 (矯正後) : ( ) 左 (矯正後) : ( )												

告示番号	20	膠原病 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )      NOD2遺伝子異常: [ なし ・ あり ] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異: [ なし ・ あり ] 詳細: (      )				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): (      )				
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: (      )				
家族歴	家系: [ 日本人 ・ 日本人以外 ]				
	詳細: (      )				
	両親の血族婚: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: (      )				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
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 ]      コルチヒン: [ なし ・ あり ] 免疫調整薬: [ なし ・ あり ]      メトトレキサート: [ なし ・ あり ]      免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ]      強心薬: [ なし ・ あり ]      利尿薬: [ なし ・ あり ]      免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 詳細: (      )				
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 ]				
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				記載年月日	年      月      日
医療機関所在地				診断年月日	年      月      日
電話番号				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	[ 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

告示番号 <b>19</b>		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	<b>19 中條・西村症候群</b>			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]				
		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): ( )				
		発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不規則 ] 周期性: [ なし ・ あり ] 発熱周期: ( ) か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい				
	寒冷誘発発症: [ なし ・ あり ]					
	詳細: ( )					
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ]		関節拘縮: [ なし ・ あり ]		関節痛: [ なし ・ あり ]
		筋萎縮: [ なし ・ あり ]		筋炎: [ なし ・ あり ]		長く節くれ立った指: [ なし ・ あり ]
		筋力低下: [ なし ・ あり ] 部位: ( )				
	筋・骨格症状(その他): ( )					
皮膚・粘膜	ヘリオトロープ様皮疹: [ なし ・ あり ]		結節性紅斑様皮疹: [ なし ・ あり ]		凍瘡様皮疹(手足): [ なし ・ あり ]	
	限局性脂肪萎縮: [ なし ・ あり ]					
皮疹(その他): 部位: ( )						
皮疹(その他): ( )						
眼	眼球突出: [ なし ・ あり ]		視力低下: [ なし ・ あり ]			
	眼症状(その他): ( )					
内分泌・代謝	耐糖能異常: [ なし ・ あり ]		高コレステロール血症: [ なし ・ あり ]		高トリグリセリド血症: [ なし ・ あり ]	
肥満: [ なし ・ あり ]						
精神・神経	てんかん: [ なし ・ あり ]					
	精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]					
	神経症状: [ なし ・ あり ]					
詳細: ( )						
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	赤沈 (1時間値): これまでの最高値: ( ) mm/h			赤沈 (1時間値): これまでの最低値: ( ) mm/h		
	CRP: これまでの最高値: ( ) mg/dL			CRP: これまでの最低値: ( ) mg/dL		
	血清アミロイドA: これまでの最高値: ( ) µg/mL ・ 未実施			血清アミロイドA: これまでの最低値: ( ) µg/mL ・ 未実施		
	プロカルシトニン: これまでの最高値: ( ) ng/mL ・ 未実施			プロカルシトニン: これまでの最低値: ( ) ng/mL ・ 未実施		
	LDH: これまでの最高値: ( ) U/L					
	CK: これまでの最高値: ( ) U/L					
	血清IgG: これまでの最高値: ( ) mg/dL					
	血清IgE: これまでの最高値: ( ) IU/mL					
	抗核抗体: これまでの最高値: ( ) 倍 ・ 未実施					
	自己抗体(その他): これまでの最高値: ( )					
血液検査所見(その他): ( )						
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
	部位: ( )					
所見: ( )						

告示番号 **19** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/3**

生理機能検査	心電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
画像検査	CT検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 大脳基底核石灰化：[ なし ・ あり ] 所見（その他）：( )
	画像検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 肝腫：[ なし ・ あり ] 脾腫：[ なし ・ あり ] 所見（その他）：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) PSM88遺伝子疾患関連変異：[ なし ・ あり ] PSM88遺伝子以外の疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
検査所見（その他）	検査所見（その他）：( )

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：( )
家族歴	家系：[ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細：( )
	両親の血族婚：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )
予防接種歴（生ワクチン）	BCG：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 麻疹：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 風疹：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 水痘：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] ムンプス：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] ロタウイルス：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] その他：( )

経過（申請時） ※直近の状況を記載

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 ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 強心薬：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ]
	免疫調整薬：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
	生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
呼吸管理	酸素療法：[ なし ・ あり ] 人工呼吸管理：[ 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	記載年月日	年	月	日
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	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	[ 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



告示番号 **17** 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	20 高IgD症候群 (メバロン酸キナーゼ欠損症)			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI
		年 月 日	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 )						
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 ] 発熱期間: ( )日間 熱型 (その他): ( ) 発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ] 周期性: [ なし ・ あり ] 発熱周期: ( )か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい					
		リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
		漿膜炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
		アミロイドーシス (腎): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (肝): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (消化器): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (その他): ( )					
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 関節の機能障害: [ なし ・ あり ]					
		関節の嚢腫状腫脹 (足背): [ なし ・ あり ] 関節の嚢腫状腫脹 (手背): [ なし ・ あり ]					
		屈指症 (手指): [ なし ・ あり ] 屈指症 (足趾): [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	口内炎: [ なし ・ あり ]					
		皮疹: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
	眼	眼症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
消化器	肝腫: [ なし ・ あり ] 脾腫: [ なし ・ あり ] 腹痛: [ なし ・ あり ] 下痢: [ なし ・ あり ] 嘔吐: [ なし ・ あり ]						
精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
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	血清IgD: ( )mg/dL ・ 未実施 メバロン酸キナーゼ活性: 判定: [ 正常 ・ 低下 ・ 未実施 ] メバロン酸キナーゼ活性: ( )%						
	赤沈 (1時間値): 発作時: ( )mm/h 赤沈 (1時間値): 非発作時: ( )mm/h CRP: 発作時: ( )mg/dL CRP: 非発作時: ( )mg/dL						
	血清アミロイドA: 発作時: ( )µg/mL ・ 未実施 血清アミロイドA: 非発作時: ( )µg/mL ・ 未実施 プロカルシトニン: 発作時: ( )ng/mL ・ 未実施 プロカルシトニン: 非発作時: ( )ng/mL ・ 未実施						
	尿酸検査						
	尿中メバロン酸: [ 正常 ・ 増加 ・ 未実施 ] 尿中メバロン酸 (測定値): ( )µg/mg・Cr						
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) MVK遺伝子異常: [ なし ・ あり ] MVK遺伝子以外の疾患関連変異: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )						
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: ( )						

告示番号	17	膠原病 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2
家族歴	家系：[ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細：( ) 両親の血族婚：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
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 ]      免疫調整薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]      抗凝固薬：[ なし ・ あり ]      強心薬：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ]      免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 詳細：( )				
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			記載年月日	年	月 日
医療機関所在地			診断年月日	年	月 日
電話番号			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	[ 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

告示番号 <b>15</b>		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	21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	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 ] 発熱期間: ( )日間 熱型(その他): ( ) 発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ] 周期性: [ なし ・ あり ] 発熱周期: ( )か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい				
		アミロイドーシス(腎): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス(肝): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス(消化器): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス(その他): ( )				
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ] 関節腫脹: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( )歳 部位: ( )				
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡: [ なし ・ あり ] 口内炎: [ なし ・ あり ] 注射部位の膿瘍形成: [ なし ・ あり ] 嚢胞性ざ瘡: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( )歳 部位: ( ) 壊疽性膿皮症: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( )歳 部位: ( )				
	眼	眼症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )				
	消化器	炎症性腸疾患: [ 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 <sup>4</sup> /μL 血清IgG: ( )mg/dL 赤沈 (1時間値): ( )mm/h CRP: ( )mg/dL 血清アミロイドA: ( )μg/mL・未実施 自己抗体(その他): ( )					
病理検査	関節穿刺: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )					
	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )					
画像検査	画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異: [ なし ・ あり ] PSTPIP1遺伝子以外の疾患関連変異: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )					
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: ( )					

告示番号	15	膠原病 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2
家族歴	家系：[ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細：( ) 両親の血族婚：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
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 ]      免疫調整薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]      抗凝固薬：[ なし ・ あり ]      強心薬：[ なし ・ あり ]      利尿薬：[ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 詳細：( )				
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				記載年月日	年 月 日
医療機関所在地				診断年月日	年 月 日
電話番号				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	[ 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

告示番号 <b>21</b>		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	<b>22 慢性再発性多発性骨髄炎</b>			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 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 )					
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 ] 発熱期間: ( ) 日間 熱型 (その他): ( ) 発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ] 周期性: [ なし ・ あり ] 発熱周期: ( ) か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 寒冷誘発炎症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( ) アミロイドーシス (腎): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (肝): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (消化器): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (その他): ( )				
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 関節の機能障害: [ なし ・ あり ] 関節拘縮: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 骨髄炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 経過: [ 孤発性 ・ 多発性 ・ 単相一過性 ・ 多相再発性 ] 筋・骨格症状 (その他): ( )				
	皮膚・粘膜	膿疱症 (手掌足底): [ なし ・ あり ] 膿疱症 (その他): ( ) 乾癬: [ なし ・ あり ] ざ瘡: [ なし ・ あり ] 皮疹 (その他): ( )				
	眼	眼症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )				
	消化器	肝腫: [ なし ・ あり ] 脾腫: [ なし ・ あり ] 嘔吐: [ なし ・ あり ] 炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]				
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )				
	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: ( ) / $\mu$ L ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL ヘマトクリット (Ht): ( ) % 血小板数: ( ) $\times 10^4$ / $\mu$ L 赤沈 (1時間値): ( ) mm/h CRP: ( ) mg/dL 血清アミロイドA: ( ) $\mu$ g/mL ・ 未実施 プロカルシトニン: ( ) ng/mL ・ 未実施 自己抗体 (その他): ( )				
	病理検査	関節穿刺: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( ) 生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )				

画像検査	単純X線検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
	CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
	MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
	シンチグラフィ (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 異常取込：[ なし ・ あり ] 異常部位：( )
	核医学検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
	PET検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 異常取込：[ なし ・ あり ] 異常部位：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
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：( )
家族歴	家系：[ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細：( )
	両親の血族婚：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
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 ]      免疫調整薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]      抗凝固薬：[ なし ・ あり ]      強心薬：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ]      免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ]
	生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
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	記載年月日 年 月 日
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	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	[ 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

告示番号 <b>13</b>		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	<b>23 インターロイキン I 受容体拮抗分子欠損症</b>			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 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	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 )					
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 ] 発熱期間: ( )日間 熱型 (その他): ( ) 発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ] 周期性: [ なし ・ あり ] 発熱周期: ( )か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎: [ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節炎: [ なし ・ あり ] 骨膜炎: [ なし ・ あり ] 骨髄炎 (細菌性): [ なし ・ あり ] 骨髄炎 (無菌性): [ なし ・ あり ] 骨痛: [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 (その他): ( )				
	皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹: [ なし ・ あり ] 膿疱性皮疹: [ なし ・ あり ] 皮疹 (その他): ( )				
		爪変形: [ なし ・ あり ] 口内炎: [ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他): ( )				
	眼	結膜炎: [ なし ・ あり ]				
	呼吸器・循環器	間質性肺炎: [ なし ・ あり ] 無呼吸発作: [ なし ・ あり ] 呼吸窮迫: [ 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 赤沈 (1時間値): ( )mm/h CRP: ( )mg/dL 血清アミロイドA: ( )μg/mL ・ 未実施 プロカルシトニン: ( )ng/mL ・ 未実施					
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 培養結果: ( ) 所見: ( )					
画像検査	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 肋骨・鎖骨の肥大: [ なし ・ あり ] 骨膜反応: [ なし ・ あり ] 骨融解像: [ なし ・ あり ] 異所性骨化: [ なし ・ あり ]					
	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )					
	検査所見 (その他): ( )					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) IL1RN遺伝子の疾患関連変異: [ なし ・ あり ]					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )					



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: ( )
出生歴	胎児仮死: [ なし ・ あり ]
家族歴	家系: [ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細: ( )
	両親の血族婚: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
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 ]    免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]    抗凝固薬: [ なし ・ あり ]    強心薬: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]    免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ]
	生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
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	記載年月日    年    月    日
医療機関所在地	診断年月日    年    月    日
電話番号	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	[ 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

告示番号 **22** 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	24 15から23までに掲げるもののほか、自己炎症性疾患			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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI
		年 月 日	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							
具体的な疾病名	( )			最終受診日	( 年 月 日 )		
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 ] 発熱期間: ( ) 日間 熱型 (その他): ( ) 発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ] 周期性: [ なし ・ あり ] 発熱周期: ( ) か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい					
		低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 先天性赤血球異形成貧血: [ なし ・ あり ] 血管炎: [ なし ・ あり ] アミロペクチノーシス: [ なし ・ あり ] 肉芽腫性病変: [ なし ・ あり ]					
		易感染性: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 病原体: ( )					
		リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
		漿膜炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
		寒冷誘発炎症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
		アミロイドーシス (腎): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (肝): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (消化器): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (その他): ( )					
	筋・骨格	炎症発作の誘因: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
		関節腫脹: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
		関節痛: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
		関節の機能障害: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
		筋痛: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
		骨格筋障害: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
骨髄炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 線維性軟骨異形成: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 顎骨の拡大: [ なし ・ 上顎 ・ 下顎 ] 筋・骨格症状 (その他): ( )							
皮膚・粘膜	毛包性丘疹: [ なし ・ あり ] 寒冷蕁麻疹: [ なし ・ あり ] 網状皮疹: [ なし ・ あり ] 蕁麻疹様発疹: [ なし ・ あり ] 尋常性乾癬: [ なし ・ あり ] 膿疱性乾癬: [ なし ・ あり ] 慢性毛包炎: [ なし ・ あり ] 口内炎: [ なし ・ あり ] 多毛症: [ なし ・ あり ] 掌蹠角化症: [ なし ・ あり ] 色素過剰症: [ なし ・ あり ] 皮疹 (その他): ( )						
	眼	眼症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
耳鼻咽喉	雑聴: [ なし ・ あり ]						

告示番号 <b>22</b>		膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		2/3
症状	呼吸器・循環器	心筋障害：[ なし ・ あり ]		
	消化器	肝腫：[ なし ・ あり ]	脾腫：[ なし ・ あり ]	腹痛：[ なし ・ あり ]
		下痢：[ なし ・ あり ]	血便：[ なし ・ あり ]	嘔吐：[ なし ・ あり ]
		裂肛：[ なし ・ あり ]	肛門瘻孔：[ なし ・ あり ]	
		炎症性腸疾患：[ なし ・ あり ] 部位：( )		
精神・神経	脳梗塞：[ なし ・ あり ]		機序分類：[ 出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性 ]	
	頭痛：[ なし ・ あり ]		無菌性髄膜炎：[ なし ・ あり ]	
	神経症状：[ なし ・ あり ]		詳細：( )	
その他	低ガンマグロブリン血症：[ なし ・ あり ]		歯牙異常：[ なし ・ あり ]	咬合異常：[ なし ・ あり ]
検査所見 (申請時)		※直近の状況を記載		
血液検査	血清IgG：( )mg/dL		赤沈 (1時間値)：発作時：( )mm/h	
	CRP：発作時：( )mg/dL		CRP：非発作時：( )mg/dL	
	血清アミロイドA：発作時：( )μg/mL・未実施		血清アミロイドA：非発作時：( )μg/mL・未実施	
	プロカルシトニン：発作時：( )ng/mL・未実施		プロカルシトニン：非発作時：( )ng/mL・未実施	
	自己抗体 (その他)：( )			
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	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )	疾患関連変異：[ なし ・ あり ]
	詳細：( )			
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )			
その他の所見 (申請時)		※直近の状況を記載		
合併症	結節性多発動脈炎：[ なし ・ あり ]		自己免疫疾患：[ なし ・ あり ]	
	合併症 (その他)：( )			
家族歴	家系：[ 日本人 ・ 日本人以外 ]			
	詳細：( )			
	両親の血族婚：[ なし ・ あり ・ 不明 ]			
	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]			
	詳細：( )			
経過 (申請時)		※直近の状況を記載		
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 ]	免疫調整薬：[ なし ・ あり ]
	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]		抗凝固薬：[ なし ・ あり ]	強心薬：[ なし ・ あり ]
	利尿薬：[ なし ・ あり ]		免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ]	
	生物学的製剤：[ なし ・ あり ]			
	詳細：( )			
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 ( )			

<b>告示番号</b>	<b>22</b>	<b>膠原病</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)</b>	<b>3/3</b>
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名				記載年月日	年	月	日
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				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	[ 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