

告示番号	8	膠原病	平成()年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	1 膠原病疾患	細分類病名	1	若年性特発性関節炎	

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載

病型分類	発症6か月以内の場合は発症病型のみ記載、発症6か月以上経過した場合は、発症病型と現在の病型の2つを記載すること。(RF:リウマトイド因子) 発症病型 (全身型 ・ 少関節型 ・ RF陰性多関節型 ・ RF陽性多関節型 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎) 現在の病型 (全身型 ・ 全身型発症多関節炎 ・ 進展型少関節炎 ・ 持続型少関節炎 ・ RF陰性多関節炎 ・ RF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) ※乾癬型・付着部炎型の場合 家族歴 (なし ・ あり → 詳細:)
------	--

1.臨床所見

診断時の症状	継続申請の場合は現在の状態を記載 四肢 関節痛 (なし ・ あり → 詳細:) 関節腫脹 (なし ・ あり → 詳細:) 関節可動域制限 (なし ・ あり → 詳細:) 朝のこわばり (なし ・ あり → () 時間) 筋肉痛 (なし ・ あり) 腰痛 (なし ・ あり) 付着部炎 (なし ・ あり) 爪所見 (なし ・ あり) 指趾炎 (なし ・ あり) 発熱 (なし ・ あり → 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ その他 ()) 漿膜炎 (なし ・ あり → 心炎 ・ 胸膜炎 ・ 腹膜炎) 肝脾腫 (なし ・ あり → 肝腫 ・ 脾腫) リンパ節腫脹 (なし ・ あり → 頸部 ・ 腋窩 ・ 膝窩 ・ その他 ()) 皮疹 (なし ・ あり → リウマトイド疹 ・ 乾癬 ・ その他 ()) ふどう膜炎 (なし ・ あり)
--------	---

2.検査所見

診断時の検査等の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL MMP-3 (未検査 ・ () ng/L) 白血球数 (減 ・ 正 ・ 増) 貧血 (なし ・ あり) 血小板数 (減 ・ 正 ・ 増) AST (正 ・ 増) ALT (正 ・ 増) LDH (正 ・ 増) BUN (正 ・ 増) Cre (正 ・ 増) フェリチン (正 ・ 増) リウマトイド因子 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () IU/mL) 抗CCP抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () U/mL) 抗核抗体 (陰性 ・ 陽性 → () 倍) 単純エックス線検査 (所見なし ・ 関節裂隙開大 ・ 関節裂隙狭小化 ・ 骨びらん ・ 関節亜脱臼 ・ 関節強直 ・ 指趾骨基部杯状化 ・ 脊椎の竹節様変化) MRI検査 (未実施 ・ 実施 → 所見なし ・ 関節液貯留 ・ 滑膜肥厚 ・ 骨髄浮腫 ・ 仙腸関節炎 ・ その他 ()) 筋骨格系超音波検査 (未実施 ・ 実施 → 所見なし ・ 関節液貯留 ・ 関節滑膜肥厚 ・ 付着部肥厚 ・ 腱鞘滑膜炎 ・ 異常パワードプラ → (関節内 ・ 付着部) ・ その他 ())
------------	--

3.その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)
-------------	-----------------------

4.経過

現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

5.今後の療方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	9	膠原病	平成()年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	1 膠原病疾患	細分類病名	2 全身性エリテマトーデス		

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載

1. 臨床所見					
診断時の 症状	継続申請の場合は現在の状態を記載				
	全身症状	(なし ・ あり → 38℃以上2週間以上継続する発熱 ・ 浮腫 ・ 高血圧 ・ 倦怠感 ・ その他 ())			
	皮膚粘膜症状	(なし ・ あり → 蝶形紅斑 ・ 円盤状紅斑 ・ 日光過敏 ・ 口腔又は鼻粘膜潰瘍 ・ レイノー現象 ・ 脱毛 ・ その他 ())			
	筋・骨格症状	(なし ・ あり → 2か所以上の非破壊性関節炎 ・ 筋肉痛/筋肉炎 ・ 筋力低下)			
	循環・呼吸器症状	(なし ・ あり → 心膜炎 ・ 胸膜炎 ・ 間質性肺炎 ・ 肺出血 ・ 肺梗塞 ・ 肺高血圧症 ・ その他 ())			
	腎・泌尿器症状	(なし ・ あり → ネフローゼ症候群 ・ 急性腎不全 ・ 慢性腎不全 ・ その他 ())			
	精神・神経症状	(なし ・ あり → 痙攣 ・ 精神症状 ・ 無菌性髄膜炎 ・ 器質性脳症候群 ・ 脳神経症状 ・ 多発単神経炎 ・ 意識障害 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 脊髄障害 ・ その他 ())			
眼・腹部症状	(なし ・ あり → 視力低下 ・ 眼痛 ・ 腹痛 ・ 腹膜刺激症状 ・ 下痢 ・ その他 ())				

2. 検査所見					
診断時の 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	赤沈	() mm/h	CRP	() mg/dL	
	白血球数減少	(なし ・ あり)	リンパ球数減少	(なし ・ あり)	溶血性貧血 (なし ・ あり)
	血小板数減少	(なし ・ あり)	APTT延長	(なし ・ あり)	
	AST	(正 ・ 増)	ALT	(正 ・ 増)	LDH (正 ・ 増)
	BUN	(正 ・ 増)	Cre	(正 ・ 増)	アミラーゼ (正 ・ 増)
	抗核抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () 倍)	抗Sm抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)	
	抗dsDNA抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)	リウマトイド因子	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)	
	抗RNP(U1-RNP)抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)	抗SS-B(/La)抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)	
	抗SS-A(/Ro)抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)	抗CLB2GP1抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)	
	抗カルジオリピン抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)	その他の陽性抗体	()	
	ループスアンチコアグラント	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)	C ₃	(未検査 ・ 低 ・ 正)	C ₄ (未検査 ・ 低 ・ 正)
	CH ₅₀	(未検査 ・ 低 ・ 正)	IgG	(未検査 ・ 正 ・ 増)	
	尿異常	(なし ・ あり → 血尿 ・ 蛋白尿 () g/day 又は () mg/dL ・ 細胞円柱)			
	MRI検査	(未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())			
CT検査	(未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())				
脳波検査	(未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 詳細 ())				
眼科的検査	(未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())				
腎生検	(未実施 ・ 実施 → INS/RPS分類:)				
組織所見	部位 () 、詳細 ()				

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)				

4. 経過					
現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())				
過去の主な治療・検査など					

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	(月 回)	

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	10	膠原病	平成()年度	小児慢性特定疾病 医療意見書
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	1 膠原病疾患	細分類病名	3 皮膚筋炎/多発性筋炎	

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載

1. 臨床所見

診断時の症状	継続申請の場合は現在の状態を記載
	全身症状 (なし ・ あり → 発熱 ・ 体重減少 ・ 全身浮腫 ・ リンパ節腫脹 ・ 痙攣 ・ 精神症状 ・ その他 ())
	皮膚粘膜症状 (なし ・ あり → 蝶形紅斑 ・ 日光過敏 ・ ヘルポトローブ ・ ゴットロン ・ 他の関節伸側の広範 ・ 皮下石灰化 ・ 皮膚潰瘍 ・ レイノー現象 ・ その他 ())
	筋・関節症状 (なし ・ あり → 2関節痛 ・ 関節腫脹 ・ 関節拘縮 ・ 筋力低下 ・ 筋痛 ・ 筋把握痛 ・ 筋萎縮 ・ その他 ())
	消化管症状 (なし ・ あり → 消化管潰瘍 ・ 消化管穿孔 ・ その他 ())
	心・肺症状 (なし ・ あり → 心筋炎 ・ 心膜炎 ・ 心電図異常 ・ 乾性咳嗽 ・ 労作時呼吸困難 ・ 肺高血圧 ・ その他 ())
眼・鼻・口腔症状 (なし ・ あり → 網膜血管病変 ・ 粘膜潰瘍 ・ その他 ())	

2. 検査所見

診断時の検査等の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載
	赤沈 () mm/h CRP () mg/dL
	白血球数 (減 ・ 正 ・ 増) リンパ球数 (減 ・ 正 ・ 増) 貧血 (なし ・ あり)
	血小板数 (減 ・ 正 ・ 増) APTT延長 (なし ・ あり) FDP (正 ・ 増)
	AST (正 ・ 増) ALT (正 ・ 増) LDH (正 ・ 増)
	BUN (正 ・ 増) Cre (正 ・ 増)
	CK (正 ・ 増 → 最高値 () IU/L) アルドラーゼ (正 ・ 増 → 最高値 () IU/L)
	KL-6 (正 ・ 増 → 最高値 () U/mL)
	抗核抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () 倍)
	抗dsDNA抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 抗Sm抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	抗RNP(U1-RNP)抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) リウマトイド因子 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	抗SS-A(/Ro)抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 抗SS-B(/La)抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	抗Scl-70抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 抗セントロメア抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	抗Jo-1抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 抗ARS抗体スクリーニング (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	その他の筋炎特異的抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 詳細:)
C ₃ (未検査 ・ 低 ・ 正) C ₄ (未検査 ・ 低 ・ 正)	
CH ₅₀ (未検査 ・ 低 ・ 正) IgG (未検査 ・ 正 ・ 増)	
尿異常 (なし ・ あり → 血尿 ・ 蛋白尿 () g/day 又は () mg/dL ・ 細胞円柱)	
筋電図筋原性変化 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり)	
筋MRI検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 ()、詳細 ())	
呼吸機能検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → (拘束性障害 ・ 肺拡散能低下 ・ その他 ()))	
肺CT検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → (間質性陰影 ・ 胸水 ・ その他 ()))	
筋生検 (未実施 ・ 実施 → 筋線維の変性及び細胞浸潤 (なし ・ あり))	
皮膚生検 (未実施 ・ 実施 → 皮膚筋炎に合致する所見 (なし ・ あり))	
その他の組織所見 部位 ()、詳細 ()	

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)
-------------	-----------------------

4. 経過

現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ ステロイドパルス療法 ・ MTX ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

5. 今後の療方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで
	通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)	
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日 平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重 g	出生週数 在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2} kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	1 膠原病疾患	細分類病名	4 シェーグレン (Sjögren) 症候群

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

1. 臨床所見	
診断時の症状	継続申請の場合は現在の状態を記載 全身症状 (なし ・ あり → 発熱 ・ 倦怠感 ・ リンパ節腫脹 ・ 朝のこわばり ・ 全身の疼痛 ・ その他 ()) 皮膚症状 (なし ・ あり → 環状紅斑 ・ 血小板減少性紫斑 ・ 高γグロブリン性紫斑 ・ レイノー現象 ・ その他 ()) 筋・関節症状 (なし ・ あり → 関節痛 ・ 関節腫脹 ・ その他 ()) 唾液腺症状 (なし ・ あり → 耳下腺腫脹の反復 ・ 顎下腺腫脹の反復 ・ ラヌラ ・ その他 ()) 口腔症状 (なし ・ あり → う歯の増加 ・ 口臭 ・ 口腔の痛み ・ 口渇 ・ 摂食時よく水を飲む ・ その他 ()) 眼・鼻症状 (なし ・ あり → 繰り返す目の発赤 ・ 目のかゆみ ・ 目の異物感 ・ ぶどう膜炎 ・ 乾燥性角結膜炎 ・ 鼻の乾燥 ・ その他 ()) その他の症状 (なし ・ あり → 無菌性髄膜炎 ・ 甲状腺腫 ・ 間質性腎炎 ・ その他 ())

2. 検査所見	
診断時の検査等の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL 白血球減少 (なし ・ あり) リンパ球数減少 (なし ・ あり) 溶血性貧血 (なし ・ あり) 血小板数減少 (なし ・ あり) AST (正 ・ 増) ALT (正 ・ 増) LDH (正 ・ 増) BUN (正 ・ 増) Cre (正 ・ 増) アミラーゼ (正 ・ 増 → 分画 (唾液腺 ・ 膵)) 血清IgG () mg/dL 血清IgG ₄ () mg/dL 抗核抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () 倍) リウマトイド因子 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () IU/mL) 抗SS-A(/Ro)抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → ELISA () U/mL ; 基準値 () 、 オクタロニー法 () 倍、その他の検査法 ()) 抗SS-B(/La)抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → ELISA () U/mL ; 基準値 () 、 オクタロニー法 () 倍、その他の検査法 ()) その他の自己抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 抗体名 :) ムンプス抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → IgG ()) HIV抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) HBV抗原・抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → HBs抗原 ・ HBe抗原 ・ HBe抗体 ・ HBs抗体) HTLV-1抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 尿異常 (なし ・ あり → 血尿 ・ 蛋白尿 () g/day 又は () mg/dL ・ 細胞円柱) 尿管管性アシドーシス (なし ・ あり → 顕在性 ・ 潜在性) シルマーテスト (未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 → 右 () mm/5分 左 () mm/5分) ローゼンガルテスト (未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 → van Bijsterveldスコア 右 () 点 左 () 点) 蛍光色素試験 (未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 → 右 ・ 左) ACR/SICCAスコア (未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 → 右 () 点 左 () 点) 唾液自然分泌量 (未実施 ・ () mL/15分) サクソテスト (未検査 ・ () g/2分) ガムテスト (未実施 ・ () mL/10分) 耳下腺シアログラフィ (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → Rubin-Holt分類 Stage (0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)、方法 (X線 ・ MRI)) 唾液腺シンチグラフィ (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 ()、所見 (取り込み低下 ・ 酸刺激での分泌低下 ・ その他 ())) 口唇小唾液腺生検 (未実施 ・ 細胞浸潤なし ・ 細胞浸潤あり → 1 focus 未満/4mm ² ・ 1 focus以上/4mm ²) 皮膚生検 (未実施 ・ 実施 → 皮膚筋炎に合致する所見 (なし ・ あり)) その他の組織所見 部位 () 詳細 ()

3. その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

4. 経過	
現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ 唾液分泌促進薬 (セビメリン ・ ピロカルピン ・ プロムヘキシン ・ 漢方薬) ・ 点眼薬 (ヒアルロン酸 ・ シクアスホル ・ レバミピド ・ 人工涙液) ・ 人工唾液 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()					
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
大分類病名	1 膠原病疾患	細分類病名	4	シェーグレン (Sjögren) 症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

5. 今後の療法方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで
	通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

告示番号 6		膠原病		平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	
受給者番号 ()			新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)		
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	1 膠原病疾患	細分類病名	5	抗リソ脂質抗体症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

1. 臨床所見

診断時の症状	継続申請の場合は現在の状態を記載 動脈血栓症状 (なし ・ あり → 部位 ())、症状 ()) 静脈血栓症状 (なし ・ あり → 部位 ())、症状 ()) 微小血栓症状 (なし ・ あり → 部位 ())、症状 ())
--------	--

2. 検査所見

診断時の検査等の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載 血液検査 血小板数減少 (なし ・ あり) PT延長 (なし ・ あり) APTT延長 (なし ・ あり) FDP・D-dimer (正 ・ 増) 自己抗体・免疫検査 梅毒血清反応生物学的疑陽性 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 抗β2GP1抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) ループスアンチコアグラント (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 抗カルジオリピン抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 抗CLβ2GP1抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) C ₃ (未検査 ・ 低 ・ 正) C ₄ (未検査 ・ 低 ・ 正) CH ₅₀ (未検査 ・ 低 ・ 正) 機能検査 MRI検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 ())、詳細 ()) CT検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 ())、詳細 ()) エコー検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 ())、詳細 ()) シンチグラフィ (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 ())、詳細 ()) 組織検査 組織所見 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 ())、詳細 ())
------------	---

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)
-------------	------------------------

4. 経過

現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 抗凝固薬 ・ 抗血小板薬 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

5. 今後の療の方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
-------	---

現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
------	---

治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)
--------	--

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 11		膠原病		平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	
受給者番号 ()		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	1 膠原病疾患	細分類病名	6	ベーチェット (Behçet) 病	

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

1. 臨床所見	
診断時の症状	継続申請の場合は現在の状態を記載 口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍 (なし ・ あり) 皮膚症状 (なし ・ あり → 結節性紅斑様皮疹 ・ 皮下の血栓性静脈炎 ・ 毛囊炎様皮疹 ・ 座瘡様皮疹 ・ その他 ()) 眼症状 (なし ・ あり → 虹彩毛様体炎 ・ 網膜ぶどう膜炎 ・ 視力障害 (視力 : 左 () 右 ()) ・ その他 ()) 外陰部潰瘍 (なし ・ あり) 四肢 (なし ・ あり → 関節炎 ・ その他 ()) 精巣上体炎 (なし ・ あり) 消化管病変 (なし ・ あり → 消化管潰瘍 ・ 腸管出血 ・ 腹痛 ・ その他 ()) 血管病変 (なし ・ あり → 動脈血栓症 ・ 深部静脈血栓症 ・ 動脈瘤 ・ 肺梗塞 ・ その他 ()) 中枢神経病変 (なし ・ あり → 頭痛 ・ 麻痺 ・ 脳脊髄症状 ・ 精神症状 ・ その他 ())

2. 検査所見	
診断時の検査等の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載 血液検査 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL IgD () mg/dL CH ₅₀ () U/dL → (減 ・ 正 ・ 増) 白血球数 () /μL 貧血 (なし ・ あり) 血小板数 (減 ・ 正 ・ 増) HLA (未実施 ・ 実施 → 所見 :) 針反応 (未実施 ・ 陰性 ・ 陽性) 組織検査 (未実施 ・ 実施 → 部位 () 、所見 ()) ベーチェット病の家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)

3. その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

4. 経過	
現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

5. 今後の療方針	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 ; 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。	
平成 年 月 日	医療機関名 および 所在地 科 印 医師名 小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	4	膠原病	平成()年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	1/2
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	2 血管炎症候群	細分類病名	7 高安動脈炎 (大動脈炎症候群)	

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載

診 断	疾患分類 (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)
	病型分類 (I ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IV ・ V)
	冠動脈病変 (なし ・ あり ・ 不明)
	肺動脈病変 (なし ・ あり ・ 不明)
	診断の根拠 (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 ())
	家族歴 (なし ・ あり → 発症者続柄 (父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 父方祖父 ・ 父方祖母 ・ 母方祖父 ・ 母方祖母 ・ いとこ ・ その他 ()))
経過の状態 (軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他 ())	
進行性の有無 (進行性の病変でない ・ 進行性の病変である ・ 不明)	

1.臨床所見

診 断 時 の 症 状	継続申請の場合は現在の状態を記載
	全身症状 (なし ・ あり → 発熱 ・ 体重減少 ・ 成長障害 ・ 易疲労感 ・ 高血圧 ・ リンパ節腫脹 ・ 浮腫 ・ その他 ())
	皮膚症状 (なし ・ あり → 結節性紅斑 ・ 皮下結節 ・ 紫斑 ・ 潰瘍 ・ 壊疽 ・ リバドー ・ その他 ())
	腎 (なし ・ あり → 急速進行性糸球体腎炎 ・ 浮腫 ・ 腎梗塞 ・ 慢性腎不全 ・ その他 ())
	心血管・肺 (なし ・ あり → 動悸 ・ 息切れ ・ 狭心症症状 ・ 間欠跛行 ・ 血圧10mmHg以上の左右上下差 ・ 脈拍欠損 ・ 胸膜炎 ・ 間質性肺炎 ・ 肺高血圧 ・ 肺出血 ・ 血痰 ・ その他 ())
	眼 (なし ・ あり → ぶどう膜炎 ・ 上強膜炎 ・ 結膜炎 ・ 視力障害 ・ 眼底出血 ・ 白斑 ・ その他 ())
	耳鼻咽喉頭 (なし ・ あり → 鼻出血 ・ 鼻閉 ・ 鞍鼻 ・ 副鼻腔炎 ・ 中耳炎 ・ 難聴 ・ 口腔内潰瘍 ・ 嚔声 ・ 気道閉塞 ・ その他 ())
	神経・精神 (なし ・ あり → 意識障害 ・ めまい ・ 痙攣 ・ 麻痺 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 無菌性髄膜炎 ・ 脊髄障害 ・ 精神症状 ・ その他 ())
	筋・関節 (なし ・ あり → 関節痛 ・ 関節腫脹 ・ 筋力低下 ・ 筋痛 ・ その他 ())
	消化器 (なし ・ あり → 吐血 ・ 下血 ・ イレウス ・ 非特異的炎症性腸炎 ・ その他 ())
その他の症状 (なし ・ あり → 詳細:)	

2.検査所見

診 断 時 の 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載
	赤沈 () mm/h CRP () mg/dL
	白血球数 (減 ・ 正 ・ 増) リンパ球数 (減 ・ 正 ・ 増) 好酸球数 (正 ・ 増)
	貧血 (なし ・ あり) 血小板数 (減 ・ 正 ・ 増)
	凝固線溶系異常 (なし ・ あり → 詳細:)
	AST (正 ・ 増) ALT (正 ・ 増) LDH (正 ・ 増)
	BUN (正 ・ 増) Cre (正 ・ 増) KL-6 (正 ・ 増)
	IgG (正 ・ 増) IgE (正 ・ 増 → () IU/mL) CH50 (正 ・ 増)
	抗核抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () 倍)
	リウマトイド因子 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	PR3-ANCA (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () IU/mL)
	MPO-ANCA (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () IU/mL)
	抗GBM抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () IU/mL)
	尿異常 (なし ・ あり → 血尿 ・ 蛋白尿 () g/day 又は () mg/dL ・ 細胞円柱)
	便潜血 (なし ・ あり ・ 不明)

合 併 症	大動脈瘤 (不明 ・ なし ・ あり)
	解離性大動脈瘤 (不明 ・ なし ・ あり)
	大動脈弁閉鎖不全 (不明 ・ なし ・ あり)
	弁直上の大動脈径 () mm
	カラードプラ法による大動脈弁逆流の程度 (わずかな逆流 ・ 僧帽弁前尖まで ・ 乳頭筋まで ・ 心尖まで)
	弁変化 (不明 ・ なし ・ あり)

重症度分類	大動脈炎症候群・重症度 (I ・ II ・ III ・ IV ・ V)
-------	---------------------------------------

3.その他の所見

現在 など の 所 見	その他の合併症 (なし ・ あり → 詳細:)
-------------------------	---------------------------

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	4	膠原病	平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	2/2
受給者番号 ()				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
大分類病名	2 血管炎症候群	細分類病名	7	高安動脈炎 (大動脈炎症候群)

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

4. 経過				
現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())			
過去の主な治療・検査など	手術歴 (なし ・ あり → 実施日 (年 月) 術式 ()) カテーテルインターベンション (なし ・ あり → 実施日 (年 月 日) 部位 ())			

5. 今後の療法方針				
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()			
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明			
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで	
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	(月 回)

上記の通り診断します。				
		医療機関名		
		および		
		所在地		
平成 年 月 日		医師名	科	印
小児慢性特定疾病指定医番号				

告示番号	5	膠原病	平成()年度	小児慢性特定疾病	医療意見書	1/2
受給者番号()	新規登録		継続	転入(転出地:)		
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年	月 日 (満 歳)
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週	
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成	年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日			
大分類病名	2	血管炎症候群	細分類病名	8	多発血管炎性肉芽腫症	

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載

診	診断の根拠 (臨床的・病理的・両者を加味して)
断	診断日 (年 月 日) 家族歴 (なし・あり → 発症者続柄 (父・母・兄・姉・弟・妹・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・いとこ・その他())) 経過の状態 (軽快・不変・徐々に悪化・急速に悪化・その他()) 進行性の有無 (進行性の病変でない・進行性の病変である・不明)

1.臨床所見

診断時の症状	<p>継続申請の場合は現在の状態を記載</p> <p>全身症状 (なし・あり → 発熱・体重減少・成長障害・易疲労感・高血圧・リンパ節腫脹・浮腫・その他())</p> <p>皮膚症状 (なし・あり → 結節性紅斑・皮下結節・紫斑・潰瘍・壊疽・リバー・その他())</p> <p>腎 (なし・あり → 急速進行性糸球体腎炎・浮腫・腎梗塞・慢性腎不全・その他())</p> <p>心血管・肺 (なし・あり → 動悸・息切れ・狭心症症状・間欠跛行・血管雑音・血圧10mmHg以上の左上右下差・脈拍欠損・胸膜炎・間質性肺炎・肺高血圧・肺出血・血痰・その他())</p> <p>眼 (なし・あり → ぶどう膜炎・上強膜炎・結膜炎・視力障害・眼底出血・白斑・その他())</p> <p>鼻咽喉頭 (なし・あり → 鼻出血・鼻閉・鞍鼻・副鼻腔炎・中耳炎・難聴・口腔内潰瘍・嘔声・気道閉塞・その他())</p> <p>神経・精神 (なし・あり → 意識障害・めまい・痙攣・麻痺・脳梗塞・脳出血・無菌性髄膜炎・脊髄障害・精神症状・その他())</p> <p>筋・関節 (なし・あり → 関節痛・関節腫脹・筋力低下・筋痛・その他())</p> <p>消化器 (なし・あり → 吐血・下血・イレウス・非特異的炎症性腸炎・その他())</p> <p>その他の症状 (なし・あり → 詳細:)</p>
--------	---

2.検査所見

診断時の検査等の結果	<p>継続申請の場合は現在の状況を記載</p> <p>赤沈 () mm/h CRP () mg/dL</p> <p>白血球数 (減・正・増) リンパ球数 (減・正・増) 好酸球数 (正・増)</p> <p>貧血 (なし・あり) 血小板数 (減・正・増)</p> <p>凝固線溶系異常 (なし・あり → 詳細:)</p> <p>AST (正・増) ALT (正・増) LDH (正・増)</p> <p>BUN (正・増) Cre (正・増) KL-6 (正・増)</p> <p>IgG (正・増) IgE (正・増 → () IU/mL) CH50 (正・増)</p> <p>抗核抗体 (未検査・陰性・陽性 → () 倍)</p> <p>リウマトイド因子 (未検査・陰性・陽性)</p> <p>PR3-ANCA (未検査・陰性・陽性 → () IU/mL)</p> <p>MPO-ANCA (未検査・陰性・陽性 → () IU/mL)</p> <p>抗GBM抗体 (未検査・陰性・陽性 → () IU/mL)</p> <p>尿異常 (なし・あり → 血尿・蛋白尿 () g/day 又は () mg/dL ・細胞円柱)</p> <p>便潜血 (なし・あり・不明)</p> <p>MRI・MRA検査 (未実施・所見なし・所見あり → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>CT検査 (未実施・所見なし・所見あり → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>超音波検査 (未実施・所見なし・所見あり → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>血管造影検査 (未実施・所見なし・所見あり → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>PET検査 (未実施・所見なし・所見あり → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>その他の画像検査 (未実施・実施 → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>組織所見 (未実施・所見なし・所見あり → 部位 ()、詳細 ())</p>
合併症	<p>入院を要する重症感染症 (不明・なし・あり → 診断名:)</p> <p>在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全 (不明・なし・あり)</p> <p>気道狭窄 (不明・なし・あり)</p> <p>大腿骨頭壊死 (不明・なし・あり)</p> <p>顔面変形 (不明・なし・あり)</p>

3.その他の所見

所見などの	その他の合併症 (なし・あり → 詳細:)
-------	------------------------

4.経過

現在の治療	薬物療法など (なし・あり → 非ステロイド系抗炎症薬・ステロイド薬・免疫調整薬・免疫抑制薬・抗凝固薬・γグロブリン・強心利尿薬・生物学的製剤・血液浄化療法・理学作業療法・その他())
過去の主な治療・検査など	

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()					
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
大分類病名	2 血管炎症候群	細分類病名	8	多発血管炎性肉芽腫症	

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

5. 今後の療法方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで
	通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

告示番号	1	膠原病	平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	1/2
受給者番号 ()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	2 血管炎症候群	細分類病名	9	結節性多発血管炎 (結節性多発動脈炎)

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

診 断	診断の根拠 (臨床的 ・ 病的 ・ 両者を加味して)
	診断日 (年 月 日)
	家族歴 (なし ・ あり → 発症者続柄 (父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 父方祖父 ・ 父方祖母 ・ 母方祖父 ・ 母方祖母 ・ いとこ ・ その他 ()))
	原病及び合併症による1年間の入院回数 () 回 経過の状態 (軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他 ()) 進行性の有無 (進行性の病変でない ・ 進行性の病変である ・ 不明)

1. 臨床所見

診 断 時 の 症 状	継続申請の場合は現在の状態を記載
	全身症状 (なし ・ あり → 発熱 ・ 体重減少 ・ 成長障害 ・ 易疲労感 ・ 高血圧 ・ リンパ節腫脹 ・ 浮腫 ・ その他 ())
	皮膚症状 (なし ・ あり → 結節性紅斑 ・ 皮下結節 ・ 紫斑 ・ 潰瘍 ・ 壊疽 ・ リバー ・ その他 ())
	腎 (なし ・ あり → 急速進行性糸球体腎炎 ・ 浮腫 ・ 腎梗塞 ・ 慢性腎不全 ・ その他 ())
	心血管・肺 (なし ・ あり → 動悸 ・ 息切れ ・ 狭心症症状 ・ 間欠跛行 ・ 血管雑音 ・ 血圧10mmHg以上の左右上下差 ・ 脈拍欠損 ・ 胸膜炎 ・ 間質性肺炎 ・ 肺高血圧 ・ 肺動脈出血 ・ 血痰 ・ その他 ())
	眼 (なし ・ あり → ぶどう膜炎 ・ 上強膜炎 ・ 結膜炎 ・ 視力障害 ・ 眼底出血 ・ 白斑 ・ その他 ())
	耳鼻咽喉頭 (なし ・ あり → 鼻出血 ・ 鼻閉 ・ 鞍鼻 ・ 副鼻腔炎 ・ 中耳炎 ・ 難聴 ・ 口腔内潰瘍 ・ 嚔声 ・ 気道閉塞 ・ その他 ())
	神経・精神 (なし ・ あり → 意識障害 ・ めまい ・ 痙攣 ・ 麻痺 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 無菌性髄膜炎 ・ 脊髄障害 ・ 精神症状 ・ その他 ())
	筋・関節 (なし ・ あり → 関節痛 ・ 関節腫脹 ・ 筋力低下 ・ 筋痛 ・ その他 ())
	消化器 (なし ・ あり → 吐血 ・ 下血 ・ イレウス ・ 非特異的炎症性腸炎 ・ その他 ())
その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)	

2. 検査所見

診 断 時 の 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載
	赤沈 () mm/h CRP () mg/dL
	白血球数 (減 ・ 正 ・ 増) リンパ球数 (減 ・ 正 ・ 増) 好酸球数 (正 ・ 増)
	貧血 (なし ・ あり) 血小板数 (減 ・ 正 ・ 増)
	凝固線溶系異常 (なし ・ あり → 詳細 :)
	AST (正 ・ 増) ALT (正 ・ 増) LDH (正 ・ 増)
	BUN (正 ・ 増) Cre (正 ・ 増) KL-6 (正 ・ 増)
	IgG (正 ・ 増) IgE (正 ・ 増 → () IU/mL) CH ₅₀ (正 ・ 増)
	抗核抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () 倍)
	リウマトイド因子 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	PR3-ANCA (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () IU/mL)
	MPO-ANCA (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () IU/mL)
	抗GBM抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () IU/mL)
	尿異常 (なし ・ あり → 血尿 ・ 蛋白尿 () g/day 又は () mg/dL ・ 細胞円柱)
	便潜血 (なし ・ あり ・ 不明)
MRI・MRA検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())	
CT検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())	
超音波検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())	
血管造影検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())	
PET検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())	
その他の画像検査 (未実施 ・ 実施 → 部位 () 、詳細 ())	
組織所見 部位 () 詳細 ()	
重症度 分類	結節性多発血管炎・重症度 (1度 ・ 2度 ・ 3度 ・ 4度 ・ 5度)

3. その他の所見

所見 など の の	その他の合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)
--------------------	----------------------------

4. 経過

現在の 治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主 な治療・ 検査など	手術歴 (なし ・ あり → 実施日 (年 月) 術式 ()) カテーテルインターベンション (なし ・ あり → 実施日 (年 月 日) 部位 ())

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
大分類病名	2 血管炎症候群	細分類病名	9	結節性多発血管炎 (結節性多発動脈炎)

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

5. 今後の療法方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで
	通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

告示番号	2	膠原病	平成()年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	1/2
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	2 血管炎症候群	細分類病名	10	顕微鏡的多発血管炎

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載

診 断	診断の根拠 (臨床的 ・ 病的)	()
	診断日 (年 月 日)	()
	家族歴 (なし ・ あり → 発症者続柄 (父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 父方祖父 ・ 父方祖母 ・ 母方祖父 ・ 母方祖母 ・ いとこ ・ その他 ()))	()
	直近1年間の変化 (以下の①から④のうち一つ選択)	()
	() ① 原病は活動性無く経過し、免疫抑制療法等の維持または減量を行った () ② 原病の活動性病変に対し、外来で免疫抑制療法を強化した () ③ 原病の活動性病変に対し、入院で免疫抑制療法を強化した () ④ その他	()

1. 臨床所見

診 断 時 の 症 状	継続申請の場合は現在の状態を記載	()
	全身症状 (なし ・ あり → 発熱 ・ 体重減少 ・ 成長障害 ・ 易疲労感 ・ 高血圧 ・ リンパ節腫脹 ・ 浮腫 ・ その他 ())	()
	皮膚症状 (なし ・ あり → 結節性紅斑 ・ 皮下結節 ・ 紫斑 ・ 潰瘍 ・ 壊疽 ・ リパドー ・ その他 ())	()
	腎 (なし ・ あり → 急速進行性糸球体腎炎 ・ 浮腫 ・ 腎梗塞 ・ 慢性腎不全 ・ その他 ())	()
	心血管・肺 (なし ・ あり → 動悸 ・ 息切れ ・ 狭心症症状 ・ 間欠跛行 ・ 血管雑音 ・ 血圧10mmHg以上の左右上下差 ・ 脈拍欠損 ・ 胸膜炎 ・ 間質性肺炎 ・ 肺高血圧 ・ 肺出血 ・ 血痰 ・ その他 ())	()
	眼 (なし ・ あり → ぶどう膜炎 ・ 上強膜炎 ・ 結膜炎 ・ 視力障害 ・ 眼底出血 ・ 白斑 ・ その他 ())	()
	耳鼻咽喉頭 (なし ・ あり → 鼻出血 ・ 鼻閉 ・ 鞍鼻 ・ 副鼻腔炎 ・ 中耳炎 ・ 難聴 ・ 口腔内潰瘍 ・ 嚥声 ・ 気道閉塞 ・ その他 ())	()
	神経・精神 (なし ・ あり → 意識障害 ・ めまい ・ 痙攣 ・ 麻痺 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 無菌性髄膜炎 ・ 脊髄障害 ・ 精神症状 ・ その他 ())	()
	筋・関節 (なし ・ あり → 関節痛 ・ 関節腫脹 ・ 筋力低下 ・ 筋痛 ・ その他 ())	()
	消化器 (なし ・ あり → 吐血 ・ 下血 ・ イレウス ・ 非特異的炎症性腸炎 ・ その他 ())	()
その他の症状 (なし ・ あり → 詳細:)	()	

2. 検査所見

診 断 時 の 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載	()	
	赤沈 () mm/h	CRP () mg/dL	
	白血球数 (減 ・ 正 ・ 増)	リンパ球数 (減 ・ 正 ・ 増)	好酸球数 (正 ・ 増)
	貧血 (なし ・ あり)	血小板数 (減 ・ 正 ・ 増)	()
	凝固線溶系異常 (なし ・ あり → 詳細:)	()	()
	AST (正 ・ 増)	ALT (正 ・ 増)	LDH (正 ・ 増)
	BUN (正 ・ 増)	Cre (正 ・ 増)	KL-6 (正 ・ 増)
	IgG (正 ・ 増)	IgE (正 ・ 増 → () IU/mL)	CH50 (正 ・ 増)
	抗核抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () 倍)	()	()
	リウマトイド因子 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)	()	()
	PR3-ANCA (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () IU/mL)	()	()
	MPO-ANCA (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () IU/mL)	()	()
	抗GBM抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () IU/mL)	()	()
	尿異常 (なし ・ あり → 血尿 ・ 蛋白尿 () g/day 又は () mg/dL ・ 細胞円柱)	()	()
	便潜血 (なし ・ あり ・ 不明)	()	()
MRI・MRA検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())	()	()	
CT検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())	()	()	
超音波検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())	()	()	
血管造影検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())	()	()	
PET検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 () 、詳細 ())	()	()	
その他の画像検査 (未実施 ・ 実施 → 部位 () 、詳細 ())	()	()	
合併症	入院を要する重症感染症 (不明 ・ なし ・ あり → 診断名:)	()	
	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全 (不明 ・ なし ・ あり)	()	
	大腿骨頭壊死 (不明 ・ なし ・ あり)	()	

3. その他の所見

所見など	その他の合併症 (なし ・ あり → 詳細:)	()
------	---------------------------	-----

4. 経過

現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	手術歴 (なし ・ あり → 実施日 (年 月) 術式 ()) カテーテルインターベンション (なし ・ あり → 実施日 (年 月) 部位 ())

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	2	膠原病	平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	2/2
受給者番号 ()				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
大分類病名	2 血管炎症候群	細分類病名	10	顕微鏡的多発血管炎

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

5. 今後の療法方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで
	通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日

医師名

科

印

小児慢性特定疾病指定医番号

告示番号	3	膠原病	平成()年度	小児慢性特定疾病	医療意見書	1/2
受給者番号()	新規登録		継続	転入(転出地:)		
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年	月 日 (満 歳)
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週	
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成	年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日			
大分類病名	2	血管炎症候群	細分類病名	11	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載

診	診断の根拠 (臨床的・病理的・両者を加味して)
断	診断日 (年 月 日) 家族歴 (なし・あり → 発症者続柄 (父・母・兄・姉・弟・妹・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・いとこ・その他())) 経過の状態 (軽快・不変・徐々に悪化・急速に悪化・その他()) 進行性の有無 (進行性の病変でない・進行性の病変である・不明)

1. 臨床所見

診断時の症状	<p>継続申請の場合は現在の状態を記載</p> <p>全身症状 (なし・あり → 発熱・体重減少・成長障害・易疲労感・高血圧・リンパ節腫脹・浮腫・その他())</p> <p>皮膚症状 (なし・あり → 結節性紅斑・皮下結節・紫斑・潰瘍・壊疽・リバー・その他())</p> <p>腎 (なし・あり → 急速進行性糸球体腎炎・浮腫・腎梗塞・慢性腎不全・その他())</p> <p>心血管・肺 (なし・あり → 動悸・息切れ・狭心症症状・間欠跛行・血管雑音・血圧10mmHg以上の左右上下差・脈拍欠損・胸膜炎・間質性肺炎・肺高血圧・肺出血・血痰・その他())</p> <p>眼 (なし・あり → ぶどう膜炎・上強膜炎・結膜炎・視力障害・眼底出血・白斑・その他())</p> <p>鼻耳咽喉頭 (なし・あり → 鼻出血・鼻閉・鞍鼻・副鼻腔炎・中耳炎・難聴・口腔内潰瘍・嘔声・気道閉塞・その他())</p> <p>神経・精神 (なし・あり → 意識障害・めまい・痙攣・麻痺・脳梗塞・脳出血・無菌性髄膜炎・脊髄障害・精神症状・その他())</p> <p>筋・関節 (なし・あり → 関節痛・関節腫脹・筋力低下・筋痛・その他())</p> <p>消化器 (なし・あり → 吐血・下血・イレウス・非特異的炎症性腸炎・その他())</p> <p>その他の症状 (なし・あり → 詳細:)</p>
--------	--

2. 検査所見

診断時の検査等の結果	<p>継続申請の場合は現在の状況を記載</p> <p>赤沈 () mm/h CRP () mg/dL</p> <p>白血球数 (減・正・増) リンパ球数 (減・正・増) 好酸球数 (正・増)</p> <p>貧血 (なし・あり) 血小板数 (減・正・増)</p> <p>凝固線溶系異常 (なし・あり → 詳細:)</p> <p>AST (正・増) ALT (正・増) LDH (正・増)</p> <p>BUN (正・増) Cre (正・増) KL-6 (正・増)</p> <p>IgG (正・増) IgE (正・増 → () IU/mL) CH50 (正・増)</p> <p>抗核抗体 (未検査・陰性・陽性 → () 倍)</p> <p>リウマトイド因子 (未検査・陰性・陽性)</p> <p>PR3-ANCA (未検査・陰性・陽性 → () IU/mL)</p> <p>MPO-ANCA (未検査・陰性・陽性 → () IU/mL)</p> <p>抗GBM抗体 (未検査・陰性・陽性 → () IU/mL)</p> <p>尿異常 (なし・あり → 血尿・蛋白尿 () g/day 又は () mg/dL ・細胞円柱)</p> <p>便潜血 (なし・あり・不明)</p> <p>MRI・MRA検査 (未実施・所見なし・所見あり → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>CT検査 (未実施・所見なし・所見あり → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>超音波検査 (未実施・所見なし・所見あり → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>血管造影検査 (未実施・所見なし・所見あり → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>PET検査 (未実施・所見なし・所見あり → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>その他の画像検査 (未実施・実施 → 部位 ()、詳細 ())</p> <p>組織所見 部位 () 詳細 ()</p>
合併症	<p>入院を要する重症感染症 (不明・なし・あり → 診断名:)</p> <p>在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全 (不明・なし・あり)</p> <p>気道狭窄 (不明・なし・あり)</p> <p>大腿骨頭壊死 (不明・なし・あり)</p> <p>顔面変形 (不明・なし・あり)</p>

3. その他の所見

所見などの	その他の合併症 (なし・あり → 詳細:)
-------	------------------------

4. 経過

現在の治療	薬物療法など (なし・あり → 非ステロイド系抗炎症薬・ステロイド薬・免疫調整薬・免疫抑制薬・抗凝固薬・γグロブリン・強心利尿薬・生物学的製剤・血液浄化療法・理学作業療法・その他())
過去の主な治療・検査など	

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()					
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
大分類病名	2 血管炎症候群	細分類病名	11	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

5. 今後の療法方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで
	通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

告示番号	12	膠原病	平成()年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	3	再発性多発軟骨炎	細分類病名	12	再発性多発軟骨炎

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載

1.臨床所見	
診断時の症状	<p>継続申請の場合は現在の状態を記載</p> <p>耳介軟骨炎 (なし ・ あり → 耳介軟骨の炎症、変形 ・ 外耳道変形による伝音性難聴 ・ その他 ())</p> <p>鼻軟骨炎 (なし ・ あり)</p> <p>喉頭気管軟骨炎 (なし ・ あり → 嚔声 ・ 咳嗽 ・ 喘鳴 ・ 呼吸困難 ・ その他 ())</p> <p>前庭障害・難聴 (なし ・ あり → 感音性難聴 ・ めまい ・ 嘔気 ・ 運動失調 ・ その他 ())</p> <p>眼病変 (なし ・ あり → 強膜炎 ・ ぶどう膜炎 ・ 結膜炎 ・ 角膜炎 ・ 視力障害 ・ その他 ())</p> <p>血清反応陰性(リウマチ因子陰性)関節炎 (なし ・ あり)</p> <p>心血管病変 (なし ・ あり → 大動脈弁閉鎖不全 ・ 僧帽弁閉鎖不全 ・ 僧帽弁逸脱 ・ 大動脈動脈瘤 ・ その他 ())</p> <p>その他の膠原病の合併 (なし ・ あり → 病名 ())</p> <p>腎炎 (なし ・ あり → 病名 ())</p> <p>以下の確定診断の要件①、②、③のうち、該当するものを一つ選択</p> <p>() ① 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち2つの証明された炎症所見</p> <p>() ② 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち1つの証明された炎症所見 + 眼病変、難聴・前庭障害、血清反応陰性関節炎のうちの2つの所見</p> <p>() ③ 上記②の6つの症状のうち1所見 + 同部の組織陽性所見*</p> <p><small>※軟骨の変性(好塩基性低下、弾性線維と膠原線維の変性・断裂、線維化、石灰化)および炎症細胞浸潤など本症に合致した所見であること</small></p>

2.検査所見	
診断時の検査等の結果	<p>継続申請の場合は現在の状況を記載</p> <p>血液検査</p> <p>赤沈 () mm/h CRP () mg/dL</p> <p>MMP-3 (未検査 ・ 正 ・ 増 → () ng/L)</p> <p>白血球数 (減 ・ 正 ・ 増) 血小板数 (減 ・ 正 ・ 増)</p> <p>リウマチ因子 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 抗CCP抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)</p> <p>抗核抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () 倍)</p> <p>HLA (未実施 ・ 実施 → 所見:)</p> <p>組織検査</p> <p>組織所見 (未実施 ・ 実施 → 部位 ()、所見 ())</p>

3.その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)

4.経過	
現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

5.今後の療の方針	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 24		膠原病		平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	
受給者番号 ()			新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)		
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	4 皮膚・結合組織疾患	細分類病名	13	強皮症	

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

1. 臨床所見

診断時の症状	継続申請の場合は現在の状態を記載	
	皮膚硬化	(なし ・ あり → 体幹 ・ 上腕 ・ 前腕 ・ 手背 ・ 手指 ・ 趾 ・ 足背 ・ 下腿 ・ 大腿 ・ その他 ())
	その他の主要症状	(なし ・ あり → 手指先端部の虫食い状瘢痕 ・ レイノー現象 ・ 爪上皮内出血点 ・ その他 ())
	心・循環器症状	(なし ・ あり → 息切れ、動悸 ・ その他 ())
	呼吸器症状	(なし ・ あり → 両側性肺線維症 (CTまたはX線で確認) ・ その他 ())
	消化器症状	(なし ・ あり → 胸やけ ・ 逆流 ・ 食物のつかえ ・ その他 ())
主要臓器障害	(逆流性食道炎 ・ 強皮症腎クリーゼ ・ シェーグレン症候群 ・ その他 ())	

2. 検査所見

診断時の検査等の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載	
	血液検査	
	抗核抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () 倍)
	抗Scl-70抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	抗セントロメア抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
抗RNP(U1-RNP)抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)	
その他の筋炎特異的抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 詳細 :)	
組織検査		
皮膚病理	(未実施 ・ 実施 → 前腕伸側 (硬化なし ・ 硬化あり))	
鑑別診断		
限局性強皮症を鑑別	(できない ・ できる)	

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)
-------------	------------------------

4. 経過

現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫抑制薬 ・ プロスタサイクリン ・ ACE阻害薬 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

5. 今後の療方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで
	通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)
上記の通り診断します。	
平成 年 月 日	医療機関名 および 所在地
	医師名 科 印
	小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	25	膠原病	平成()年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	4 皮膚・結合組織疾患	細分類病名	14	混合性結合組織病	

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載

診 断 時 の 症 状	I 中核的所見 レイノー現象 (なし ・ あり) 抗U1-RNP抗体陽性 (なし ・ あり)
	II 臨床症状および検査所見 手指の腫脹・浮腫 (なし ・ あり) 顔面紅斑 (なし ・ あり) 関節痛・関節炎 (なし ・ あり) 筋炎 ^{※(ア)} (なし ・ あり) 高γグロブリン血症 ^{※(イ)} (なし ・ あり) リウマトイド因子陽性 (なし ・ あり) 白血球数・血小板減少 ^{※(ウ)} (なし ・ あり)
	※(ア)筋原性酵素上昇、筋電図所見、生検所見 ※(イ)血清分画の20%以上 ※(ウ)白血球数 4000/μL未満、血小板数 100,000/μL未満
	他の診断基準の満足度 SLE (なし ・ あり ・ 不明) 強皮症 (なし ・ あり ・ 不明) 皮膚筋炎・多発筋炎 (なし ・ あり ・ 不明) 若年性特発性関節炎 (なし ・ あり ・ 不明)
継続申請の場合は現在の状態を記載	
皮膚硬化 (なし ・ あり → 顔面紅斑 ・ 手指ないし手背の腫脹 ・ 近位部の皮膚硬化 ・ その他 ())	
筋骨格症状 (なし ・ あり → 筋力低下 ・ 多発関節炎 ・ その他 ())	
心・循環器症状 (なし ・ あり → 心膜炎 (心嚢炎) ・ その他 ())	
呼吸器症状 (なし ・ あり → 間質性肺炎 ・ 胸膜炎 ・ 肺拡散能低下 (DLco70%以下) ・ その他 ())	
消化器症状 (なし ・ あり → 食道蠕動低下又は拡張 ・ その他 ())	
精神・神経症状 (なし ・ あり → 中枢神経症状 ・ その他 ())	
血液系症状 (なし ・ あり → リンパ節腫脹 ・ その他 ())	
主要臓器障害 (逆流性食道炎 ・ その他 ())	

2.検査所見	継続申請の場合は現在の状況を記載
診 断 時 の 検 査 等 の 結 果	赤沈 () mm/h CRP () mg/dL IgG () mg/dL
	CK (正 ・ 増 → 最高値 () IU/L) アルドラーゼ (正 ・ 増 → 最高値 () IU/L)
	抗核抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → () 倍、染色型 ())
	抗dsDNA抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 抗Sm抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	抗Scl-70抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 抗セントロメア抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	筋炎特異抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 詳細:)
	尿異常 (なし ・ あり → 血尿 ・ 蛋白尿 () g/day 又は () mg/dL ・ 細胞円柱)
	MRI・CT検査 (未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位 ()、詳細 ())
組織所見 (未実施 ・ 実施 → 部位 ()、所見 ())	
腎生検 (未実施 ・ 実施 → INS/RPS分類:)	

3.その他の所見	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)
その他の現在の所見など	

4.経過	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ ステロイドパルス療法 ・ 免疫抑制薬 ・ 循環改善薬 ・ その他 ())
現在の治療	
過去の主な治療・検査など	

5.今後の療の方針	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	14	膠原病	平成 () 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書
受給者番号 ()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}	出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	15	家族性地中海熱

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

1. 臨床所見				
診断時の 症状	継続申請の場合は現在の状態を記載			
	① 必須項目 12時間から72時間続く38度以上の発熱を3回以上繰り返す (なし ・ あり) ※ ありの場合 → 持続時間 1回目 () 時間 2回目 () 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) ② 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って発作が消失あるいは軽減する (なし ・ あり)			

2. 検査所見				
診断時の 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載			
	血液検査 発作時 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL 血清アミロイドA () µg/mL プロカルシトニン () ng/mL 非発作時 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL 血清アミロイドA () µg/mL プロカルシトニン () ng/mL コルヒチンに対する反応性 (なし ・ あり)			
	遺伝子検査 MEFV 遺伝子解析 (未実施 ・ 実施) ※ 実施の場合は以下の ①、②、③ のいずれかを選択 () ① Exon 10の変異 (M694I, M680I, M694V, V726A) (ヘテロの変異を含む) を認める () ② 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) を認める () ③ 変異なし			

3. その他の所見				
その他の 現在の 所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)			

4. 経過				
現在の 治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ コルヒチン ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())			
過去の主 な治療・ 検査など				

5. 今後の療方針				

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()			
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明			
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで	
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	(月 回)
上記の通り診断します。				
平成 年 月 日	医療機関名 および 所在地			科
	医師名			印
小児慢性特定疾病指定医番号				

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	16	膠原病	平成()年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	16	クリオピリン関連周期熱症候群	
病型	臨床症状、検査所見から総合的に判断した診断名を下記から選択 <input type="checkbox"/> CINCA症候群 <input type="checkbox"/> マックル・ウェルス症候群 <input type="checkbox"/> 家族性寒冷自己炎症症候群				

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載 継続申請の場合は現在の状態を記載

1. 臨床所見

診断時の症状	同じ症状の家族歴 (なし ・ あり)	
	初発症状 ()	
	発熱 (なし ・ あり → 持続的 ・ 発作的)	発作性発熱の場合 → 周期性 (なし ・ あり → () 週間間隔)
	蕁麻疹様皮疹 (なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的)	その他の皮疹 (なし ・ あり →)
	頭痛 (なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的)	結膜炎 (なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的)
	寒冷誘発炎症 (なし ・ あり)	
	寒冷以外の発作誘発要因 (なし ・ あり → 詳細:)	
	関節痛 (なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的)	関節腫脹 (なし ・ 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:)
	感音性難聴 (なし ・ あり)	無菌性髄膜炎 (なし ・ あり)
	ブドウ膜炎 (なし ・ あり)	視神経乳頭浮腫 (なし ・ あり)
	漿膜炎 (なし ・ あり → 部位:)	
	アミロイドーシス (なし ・ あり → 腎 ・ 肝 ・ 消化器 ・ その他 ())	
	神経症状 (なし ・ あり → 詳細:)	
	発達遅延 (なし ・ あり → DQ () 、詳細:)	
嘔吐 (なし ・ あり)	炎症性腸疾患 (なし ・ あり)	
歩行障害 (なし ・ 軽度障害 ・ ほとんど車椅子)	成長障害 (なし ・ あり → 身長 () SD)	
その他の身体所見 (なし ・ あり → 詳細:)		

2. 検査所見

診断時の検査等の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載		
	疾患による最近1年間の最高値	赤沈 () mm/h	CRP () mg/dL
		血清アミロイドA () μg/mL	プロカルシトニン () ng/mL
	最近1年間の最低値	赤沈 () mm/h	CRP () mg/dL
		血清アミロイドA () μg/mL	プロカルシトニン () ng/mL
	自己抗体 (未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 →)		
	遺伝子検査 (未実施 ・ 実施)		
	実施の場合 → 疾患関連変異 [*] (なし ・ あり → 遺伝子名:)		
	[*] 疾患関連変異の判定は、臨床遺伝専門医等による遺伝子結果の解釈に基づくものとする		
	組織検査 (未実施 ・ 実施 → 部位 () 、所見 ())		
その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 詳細:)			

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)
-------------	-----------------------

4. 経過

現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

5. 今後の療の方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	18	膠原病	平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書
受給者番号 ()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)		
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}	出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	17 TNF受容体関連周期性症候群

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

1. 臨床所見

診断時の症状	継続申請の場合は現在の状態を記載
	同じ症状の家族歴 (なし ・ あり)
	発熱 (なし ・ あり → 熱型 () 、発熱期間 () 日間、発熱間隔 (不定期 ・ 約 () か月毎))
	腹痛 (なし ・ あり → 部位 :)
	筋痛 (なし ・ あり → 部位 :)
	筋膜炎 (なし ・ あり → 部位 :)
	皮疹 (なし ・ あり → 詳細 :)
	結膜炎 (なし ・ あり → 詳細 :)
	眼窩周囲浮腫 (なし ・ あり → 詳細 :)
	胸痛 (なし ・ あり → 部位 :)
	関節痛 (なし ・ あり)
	関節腫脹 (なし ・ あり)
	アミロイドーシス (なし ・ あり → 腎 ・ 肝 ・ 消化器 ・ その他 ())
その他の身体所見 (なし ・ あり → 詳細 :)	

2. 検査所見

診断時の検査等の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載
	発作時 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL
	血清アミロイドA () μg/mL プロカルシトニン () ng/mL
	フェリチン () ng/mL TNF-alpha () pg/mL
	非発作時 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL
	血清アミロイドA () μg/mL プロカルシトニン () ng/mL
	フェリチン () ng/mL TNF-alpha () pg/mL
	リウマトイド因子 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性) 抗CCP抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性)
	その他の自己抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 詳細 :)
	遺伝子検査 (未実施 ・ 実施) 実施の場合 → 疾患関連変異 [※] (なし ・ あり → 遺伝子名 :)
※ 疾患関連変異の判定は、臨床遺伝専門医等による遺伝子結果の解釈に基づくものとする	
組織検査 (未実施 ・ 実施 → 部位 () 、所見 ())	
その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)	

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)
-------------	------------------------

4. 経過

現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

5. 今後の療方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)
上記の通り診断します。 医療機関名 および 所在地 科 印 平成 年 月 日 医師名 小児慢性特定疾病指定医番号	

告示番号	20	膠原病	平成 () 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書
受給者番号 ()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	18	ブラウ (Blau) 症候群 / 若年発症サルコイドーシス

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

1. 臨床所見	
診断時の症状	継続申請の場合は現在の状態を記載 同じ症状の家族歴 (なし ・ あり) 発熱 (なし ・ あり → 熱型 () 、発熱期間 () 日間、発熱間隔 (不定期 ・ 約 () か月毎)) 皮疹出現や増悪の契機 (なし ・ あり → 詳細 :) 関節痛 (なし ・ あり) 関節腫脹 (なし ・ あり) 屈指症 (なし ・ あり → 手指 ・ 足趾) 関節の機能障害 (なし ・ あり) 関節の嚢腫状腫脹 (なし ・ あり → 手背 ・ 足背) 骨髄炎 (なし ・ あり → 部位 :) その他の骨所見 (なし ・ あり → 詳細 :) 難聴 (なし ・ あり) 無菌性髄膜炎 (なし ・ あり) 眼所見 (なし ・ あり → 詳細 :) 視力 右 () 左 () アミロイドーシス (なし ・ あり → 腎 ・ 肝 ・ 消化器 ・ その他 ()) 神経症状 (なし ・ あり) 嘔吐 (なし ・ あり) 炎症性腸疾患 (なし ・ あり) その他の身体所見 (なし ・ あり → 詳細 :)

2. 検査所見	
診断時の検査等の結果	継続の場合は現在の症状を記載 赤沈 (mm/h) CRP (mg/dL) 血清アミロイD (μg/mL) プロカルシトニン (ng/mL) 低ガンマグロブリン血症 (なし ・ あり) 自己抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 詳細 :) 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施) 実施の場合 → ① NOD2遺伝子異常 (なし ・ あり) ② NOD2以外の疾患関連変異 [*] (なし ・ あり → 遺伝子名 :) <small>※ 疾患関連変異の判定は、臨床遺伝専門医等による遺伝子結果の解釈に基づくものとする</small> 組織生検 (未実施 ・ 実施 → 部位 () 、所見 ()) 関節エコー (未実施 ・ 実施 → 部位 () 、所見 ()) その他の検査所見 (なし ・ あり →)

3. その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

4. 経過	
現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

5. 今後の療方針	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	19	膠原病	平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	1/2
受給者番号 ()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 ^{※2}	. cm	現在の体重 ^{※2}	. kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	19	中條・西村症候群

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

1. 臨床所見

診断時の 症状	継続申請の場合は現在の状態を記載			
	同じ症状の家族歴	(なし ・ あり)		
	発熱	(なし ・ あり → 熱型 () 、発熱期間 () 日間、発熱間隔 (不定期 ・ 約 () か月毎))		
	皮疹	(なし ・ あり → 結節性紅斑 ・ 凍瘡様皮疹 ・ その他 ())		
	寒冷誘発炎症	(なし ・ あり)		
	関節痛	(なし ・ あり)	関節腫脹	(なし ・ あり)
	屈指症	(なし ・ あり → 手指 ・ 足趾)	長く節くれ立った指	(なし ・ あり)
	関節の機能障害・拘縮	(なし ・ あり → 部位 :)		
	骨髓炎	(なし ・ あり → 部位 :)		
	その他の骨所見	(なし ・ あり → 詳細 :)		
	知能低下	(なし ・ あり)		
	眼所見	(なし ・ あり → 詳細 :)		
	脂肪萎縮	(なし ・ あり)	筋肉萎縮	(なし ・ あり) 筋力低下 (なし ・ あり)
	アミロイドーシス	(なし ・ あり → 腎 ・ 肝 ・ 消化器 ・ その他 ())		
	神経症状	(なし ・ あり → 詳細 :)		
糖尿病	(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)			
その他の身体所見	(なし ・ あり → 詳細 :)			

2. 検査所見

診断時の 検査等 の結果	継続の場合は現在の症状を記載			
	発作時	赤沈 () mm/h	CRP () mg/dL	
		血清アミロイドA () µg/mL	プロカルシトニン () ng/mL	
	非発作時	赤沈 () mm/h	CRP () mg/dL	
		血清アミロイドA () µg/mL	プロカルシトニン () ng/mL	
	高ガンマグロブリン血症	(なし ・ あり)		
	自己抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 詳細 :)		
	遺伝子検査	(未実施 ・ 実施)		
	実施の場合 → 疾患関連変異 [※]	(なし ・ あり → 遺伝子名 :)		
		※ 疾患関連変異の判定は、臨床遺伝専門医等による遺伝子結果の解釈に基づくものとする		
組織生検	(未実施 ・ 実施 → 部位 () 、所見 ())			
画像検査	(未実施 ・ 実施 → 部位 () 、所見 ())			
CTによる頭部石灰化所見	(なし ・ あり)			
関節穿刺	(未実施 ・ 実施 → 部位 () 、所見 ())			
その他の検査所見	(なし ・ あり →)			

3. その他の所見

その他の 現在の 所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)
---------------------	------------------------

4. 経過

現在の 治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主 な治療・ 検査など	

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	19	膠原病	平成 () 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書	2/2
受給者番号 ()					
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	19	中條・西村症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

5. 今後の療法方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで
	通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)

上記の通り診断します。	医療機関名 および 所在地
平成 年 月 日	医師名 科 印
	小児慢性特定疾病指定医番号

告示番号	17	膠原病	平成 () 年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号 ()	新規登録		継続	転入 (転出地:)	
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	20 高IgD症候群 (メバロン酸キナーゼ欠損症)		

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

1. 臨床所見

診断時の 症状	継続申請の場合は現在の状態を記載				
	同じ症状の家族歴	(なし ・ あり)			
	発熱	(なし ・ あり → 熱型 ())	発熱期間 () 日間	発熱間隔 (不定期 ・ 約 () か月毎)	
	皮疹	(なし ・ あり → 詳細:)			
	リンパ節腫脹	(なし ・ あり → 部位:)			
	関節痛	(なし ・ あり)	関節腫脹 (なし ・ あり)		
	屈指症	(なし ・ あり → 手指 ・ 足趾)	関節の機能障害 (なし ・ あり)		
	関節の嚢腫状腫脹	(なし ・ あり → 手背 ・ 足背)			
	嘔吐	(なし ・ あり)	下痢 (なし ・ あり)	腹痛 (なし ・ あり)	
	口腔内アフタ	(なし ・ あり)	肝脾腫 (なし ・ あり)		
	眼所見	(なし ・ あり → 詳細:)			
	漿膜炎	(なし ・ あり → 部位:)			
	アミロイドーシス	(なし ・ あり → 腎 ・ 肝 ・ 消化器 ・ その他 ())			
神経症状	(なし ・ あり → 詳細:)				
その他の身体所見	(なし ・ あり → 詳細:)				

2. 検査所見

診断時の 検査等 の結果	継続の場合は現在の症状を記載				
	発作時	赤沈 () mm/h	CRP () mg/dL		
		血清アミロイドA () μg/mL	プロカルシトニン () ng/mL		
		尿中メバロン酸 () μg/mg・Cr	→ (正常 ・ 増加)		
	非発作時	赤沈 () mm/h	CRP () mg/dL		
		血清アミロイドA () μg/mL	プロカルシトニン () ng/mL		
		血清IgD () mg/dL			
		メバロン酸キナーゼ活性 () %	→ (低下 ・ 正常)		
		遺伝子検査 (未実施 ・ 実施)			
		実施の場合 → 疾患関連変異 [※] (なし ・ あり → 遺伝子名:)			
※ 疾患関連変異の判定は、臨床遺伝専門医等による遺伝子結果の解釈に基づくものとする					
	その他の検査所見 (なし ・ あり →)				

3. その他の所見

その他の 現在の 所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)
---------------------	-----------------------

4. 経過

現在の 治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主 な治療・ 検査など	

5. 今後の療法方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで
	通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	15	膠原病	平成()年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	21	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載

1. 臨床所見

診断時の 症状	継続申請の場合は現在の状態を記載
	同じ症状の家族歴 (なし ・ あり)
	発熱 (なし ・ あり → 熱型 ()、発熱期間 () 日間、発熱間隔 (不定期 ・ 約 () か月毎))
	皮疹 (なし ・ あり → 性状:)
	壊疽性膿皮症 (なし ・ あり → 部位 ()、発症年齢 ())
	難治性ざ瘡 (なし ・ あり → 嚢胞性ざ瘡 (なし ・ あり → 発症年齢:))
	関節痛 (なし ・ あり) 関節腫脹 (なし ・ あり → 発症年齢:)
	眼所見 (なし ・ あり → 詳細:)
	アフタ性口内炎 (なし ・ あり) 注射部位の膿瘍形成 (なし ・ あり)
	アミロイドーシス (なし ・ あり → 腎 ・ 肝 ・ 消化器 ・ その他 ())
炎症性腸疾患 (なし ・ あり)	
その他の身体所見 (なし ・ あり → 詳細:)	

2. 検査所見

診断時の 検査等 の結果	継続の場合は現在の症状を記載
	白血球数 () / μ L ヘモグロビン () g/dL ヘマトクリット () %
	血小板数 () $\times 10^4/\mu$ L 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL
	血清アミロイダ () μ g/mL
	低あるいは高ガンマグロブリン血症 (なし ・ あり → IgG () mg/dL)
	自己抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 詳細:)
	遺伝子検査 (未実施 ・ 実施)
	実施の場合 → 疾患関連変異 [※] (なし ・ あり → 遺伝子名:)
	<small>※ 疾患関連変異の判定は、臨床遺伝専門医等による遺伝子結果の解釈に基づくものとする</small>
	組織生検 (未実施 ・ 実施 → 部位 ()、所見 ())
画像検査 (未実施 ・ 実施 → 部位 ()、所見 ())	
関節穿刺 (未実施 ・ 実施 → 部位 ()、所見 ())	
その他の検査所見 (なし ・ あり →)	

3. その他の所見

その他の 現在の 所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)
---------------------	-----------------------

4. 経過

現在の 治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γ グロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主 な治療・ 検査など	

5. 今後の療方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	21	膠原病	平成()年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	22	慢性再発性多発性骨髄炎	

該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載

1. 臨床所見

診断時の症状	継続申請の場合は現在の状態を記載				
	同じ症状の家族歴	(なし ・ あり)			
	発熱	(なし ・ あり → 熱型 ()、発熱期間 () 日間、発熱間隔 (不定期 ・ 約 () か月毎))			
	皮疹	(なし ・ あり → 膿疱症 (手掌足底 ・ 他 ()) ・ 乾癬 ・ ざ瘡 ・ その他 ())			
	寒冷誘発炎症	(なし ・ あり)			
	関節痛	関節腫脹 (なし ・ あり)			
	関節の機能障害	(なし ・ あり)			
	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))			
	その他の骨所見	(なし ・ あり → 詳細:)			
	肝脾腫	(なし ・ あり)			
	眼所見	(なし ・ あり → 詳細:)			
	アミロイドーシス	(なし ・ あり → 腎 ・ 肝 ・ 消化器 ・ その他 ())			
	神経症状	(なし ・ あり → 詳細:)			
嘔吐	炎症性腸疾患 (なし ・ あり)				
その他の身体所見	(なし ・ あり → 詳細:)				

2. 検査所見

診断時の検査等の結果	継続の場合は現在の症状を記載				
	白血球数	(減 ・ 正 ・ 増)	貧血	(なし ・ あり → ヘモグロビン () g/dL)	
	血小板数	(減 ・ 正 ・ 増)	赤沈	() mm/h	CRP () mg/dL
	血清アミロイD	() μg/mL	プロカルシトニン	() ng/mL	
	自己抗体	(未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 詳細:)			
	MRI検査	(未実施 ・ 実施 → 部位 ()、所見 ())			
	X線検査・CT検査	(未実施 ・ 実施 → 部位 ()、所見 ())			
	RI検査	(未実施 ・ 実施 (PET ・ 骨シンチ ・ その他) → 異常取込 (なし ・ あり → 部位:))			
	遺伝子検査	(未実施 ・ 実施)			
	実施の場合 → 疾患関連変異 [※]	(なし ・ あり → 遺伝子名:)			
	※ 疾患関連変異の判定は、臨床遺伝専門医等による遺伝子結果の解釈に基づくものとする				
	組織生検	(未実施 ・ 実施 → 部位 ()、所見 ())			
	関節穿刺	(未実施 ・ 実施 → 部位 ()、所見 ())			
その他の検査所見	(なし ・ あり →)				

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)
-------------	-----------------------

4. 経過

現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

5. 今後の療方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)
上記の通り診断します。	
平成 年 月 日	医療機関名 および 所在地 科 印 医師名 小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	23	インターロイキン I 受容体拮抗分子欠損症	

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

1. 臨床所見

診断時の症状	継続申請の場合は現在の状態を記載 同じ症状の家族歴 (なし ・ あり)
	発熱 (なし ・ あり → 熱型 ()、発熱期間 () 日間、発熱間隔 (不定期 ・ 約 () か月毎)) 皮疹 (なし ・ あり → 膿疱性皮疹 ・ 魚鱗癬様皮疹 ・ その他 ()) 骨関連症状 (なし ・ あり → 骨痛 ・ 骨膜炎 ・ 骨髄炎 (無菌性 ・ 細菌性) ・ その他 ()) 関節症状 (なし ・ あり → 関節腫脹 ・ 関節炎 ・ その他 ()) 口腔内症状 (なし ・ あり → 口内炎 ・ 口腔潰瘍 ・ その他 ()) 爪の変形 (なし ・ あり) その他の症状 (なし ・ あり → 胎児仮死 ・ 無呼吸発作 ・ 呼吸窮迫 ・ 間質性肺炎 ・ 血管炎 ・ 結膜炎 ・ その他 ())

2. 検査所見

診断時の検査等の結果	継続の場合は現在の症状を記載
	血液検査 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL 血清アミロイドA () μg/mL プロカルシトニン () ng/mL 白血球数 (減 ・ 正 ・ 増) X線検査 (所見なし ・ 所見あり → 肋骨・鎖骨の肥大 ・ 骨膜反応 ・ 骨融解像 ・ 異所性骨化 ・ その他 ()) その他画像検査 検査名 () 所見 (なし ・ あり → 部位 ()、詳細 ()) 組織検査 (未実施 ・ 実施 → 部位 ()、所見 ()) 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施) 実施の場合 → 疾患関連変異 [*] (なし ・ あり → 遺伝子名:) <small>※ 疾患関連変異の判定は、臨床遺伝専門医等による遺伝子結果の解釈に基づくものとする</small> その他の検査所見 (なし ・ あり →)

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細:)
-------------	-----------------------

4. 経過

現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

5. 今後の療の方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	22	膠原病	平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	1/2
受給者番号 ()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	24	15から23までに掲げるもののほか、自己炎症性疾患
		具体的な疾患名		

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

1.臨床所見	
診断時の症状	<p>継続申請の場合は現在の状態を記載</p> <p>同じ症状の家族歴 (なし ・ あり)</p> <p>発熱 (なし ・ あり → 熱型 () 、発熱期間 () 日間、発熱間隔 (不定期 ・ 約 () か月毎))</p> <p>発育不良 (なし ・ あり) 易感染性 (なし ・ あり) 寒冷誘発炎症 (なし ・ あり)</p> <p>リンパ節腫脹 (なし ・ あり → 部位 :) 肝腫大 (なし ・ あり)</p> <p>脾腫大 (なし ・ あり)</p> <p>皮膚所見 (なし ・ あり → 蕁麻疹様発疹 ・ 膿疱性乾癬 ・ 尋常性乾癬 ・ 毛包性丘疹 ・ 掌蹠角化症 ・ 色素過剰症 ・ 多毛症 ・ 慢性毛包炎 ・ その他 ())</p> <p>関節痛 (なし ・ あり → 部位 :) 関節腫脹 (なし ・ あり → 部位 :)</p> <p>関節の機能障害 (なし ・ あり → 部位 :)</p> <p>その他の関節症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</p> <p>骨髓炎 (なし ・ あり → 部位 :) 線維性軟骨異形成 (なし ・ あり → 部位 :)</p> <p>その他の骨所見 (なし ・ あり → 詳細 :)</p> <p>骨格筋障害 (なし ・ あり → 部位 :) 心筋障害 (なし ・ あり)</p> <p>脂肪筋肉萎縮 (なし ・ あり → 部位 :)</p> <p>神経症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</p> <p>難聴 (なし ・ あり) 頭痛 (なし ・ あり) 無菌性髄膜炎 (なし ・ あり)</p> <p>脳梗塞 (なし ・ あり → 出血性 ・ 虚血性)</p> <p>眼所見 (なし ・ あり → 詳細 :)</p> <p>嘔吐 (なし ・ あり) 腹痛 (なし ・ あり) 口腔内アフタ (なし ・ あり)</p> <p>漿膜炎 (なし ・ あり → 部位 :) 炎症性腸疾患 (なし ・ あり → 部位 :)</p> <p>肛門病変 (なし ・ あり → 膿瘍 ・ 瘻孔 ・ 裂肛)</p> <p>血管炎 (なし ・ あり → 結節性多動脈炎の合併 (なし ・ あり))</p> <p>アミロイドーシス (なし ・ あり → 腎 ・ 肝 ・ 消化器 ・ その他 ())</p> <p>アミロペクチノーシス (なし ・ あり) 自己免疫疾患の合併 (なし ・ あり) 肉芽腫性病変 (なし ・ あり)</p> <p>先天性赤血球異形成貧血 (なし ・ あり)</p> <p>その他の身体所見 (なし ・ あり → 詳細 :)</p>
2.検査所見	
診断時の検査等の結果	<p>継続の場合は現在の症状を記載</p> <p>発作時 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL</p> <p>血清アミロイドA () μg/mL プロカルシトニン () ng/mL</p> <p>非発作時 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL</p> <p>血清アミロイドA () μg/mL プロカルシトニン () ng/mL</p> <p>低ガンマグロブリン血症 (なし ・ あり)</p> <p>自己抗体 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 詳細 :)</p> <p>遺伝子検査 (未実施 ・ 実施)</p> <p>実施の場合 → 疾患関連変異※ (なし ・ あり → 遺伝子名 :)</p> <p>※ 疾患関連変異の判定は、臨床遺伝専門医等による遺伝子結果の解釈に基づくものとする</p> <p>組織生検 (未実施 ・ 実施 → 部位 () 、所見 ())</p> <p>その他の検査所見 (なし ・ あり →)</p>
3.その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)
4.経過	
現在の治療	薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())
過去の主な治療・検査など	

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	22	膠原病	平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	2/2
受給者番号 ()				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	24	15から23までに掲げるもののほか、自己炎症性疾患
		具体的な疾患名		

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

5. 今後の療法方針				
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()			
現状評価	一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明			
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで	
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	(月 回)
上記の通り診断します。				
		医療機関名 および 所在地		
平成 年 月 日	医師名			科 印
小児慢性特定疾病指定医番号				

告示番号	23	膠原病	平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	1/2
受給者番号 ()	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 ^{※1}		出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 ^{※2}	cm	現在の体重 ^{※2}	kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	6	ステイヴンス・ジョンソン (Stevens-Johnson) 症候	細分類病名	25
				ステイヴンス・ジョンソン (Stevens-Johnson) 症候群

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 継続申請の場合は現在の状態を記載

日常生活 (正常 ・ やや不自由であるが独力で可能 ・ 制限があり部分介助 ・ 全面介助)
 皮膚症状 (なし ・ あり → 多形紅斑 ・ 全身の水疱 ・ びらん ・ 潰瘍 ・ 表皮の剥脱 ・ 非典型ターゲット状多形紅斑 ・ その他 ())
 粘膜症状 (なし ・ あり → 皮膚粘膜移行部の重篤な病変 ・ 口唇 ・ 口腔 ・ 鼻腔 ・ 外陰部 ・ その他 ())
 眼症状 (なし ・ あり → 両眼の急性結膜炎に伴う角結膜上皮欠損または偽膜形成 ・ 結膜充血 ・ 眼脂 ・ 眼瞼の腫れ ・ その他 ())
 その他の症状 (なし ・ あり → 38℃以上の発熱 ・ 全身倦怠感 ・ 関節痛 ・ 咽頭痛 ・ 排尿排便時痛 ・ その他 ())
 病理学的な表皮の壊死性変化 (なし ・ あり → 詳細 :)

重篤度 (重症多形滲出性紅斑の重篤度判定基準 (表) を参照し、各々スコアを記載)

① 粘膜疹 () 点	1. 粘膜疹	眼病変	偽膜形成	1
② 皮膚の水疱、びらんの面積 () 点	② 皮膚の水疱、びらんの面積 () 点	角結膜上皮欠損	1	
③ 38℃以上の発熱 () 点	③ 38℃以上の発熱 () 点	結膜充血	1	
④ 表皮の全層性壊死性変化 () 点	④ 表皮の全層性壊死性変化 () 点	口唇、口腔内	口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん	1
⑤ 肝機能障害 (ALT>100 IU/L) () 点	⑤ 肝機能障害 (ALT>100 IU/L) () 点	口唇にのみ血痂、出血を伴うびらん	1	
合計 () 点	合計 () 点	血痂、出血を伴わないびらん	1	
⑥ 呼吸器障害 (なし ・ あり)	⑥ 呼吸器障害 (なし ・ あり)	陰部びらん	1	

2. 皮膚の水疱、びらん
 30% 以上 3
 10-30 % 2
 10% 未満 1
 3. 38℃以上の発熱 1
 4. 表皮の全層性壊死性変化 1
 5. SJSに関連する肝機能障害 (ALT>100 IU/L) 1

合計スコア(点) → 重篤度: グレード I (6点未)、グレード II (6点以上)
 以下はスコアに関わらず重症と判断する
 1. SJSに関連する呼吸器障害のみられるもの
 2. 角結膜上皮欠損、偽膜形成の両方がみられるもの

家族歴 (なし ・ あり ・ 不明)
 ※家族歴有りの場合 → 続柄 ()

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載

血液検査
 赤沈 () mm/h CRP () mg/dL 白血球数 (減 ・ 正 ・ 増)
 貧血 (なし ・ あり) 血小板数 (減 ・ 正 ・ 増) AST (正 ・ 増)
 ALT (正 ・ 増) LDH (正 ・ 増) BUN (正 ・ 増)
 Cre (正 ・ 増)

被疑医薬品によるリンパ球刺激試験 (DLST)
 (未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 詳細 :)

組織検査
 組織生検 (未実施 ・ 実施 → 部位 :) 所見 :)

3. その他の所見

現在の主な後遺症等

眼後遺症 (なし ・ あり → 眼瞼癒着 ・ 眼瞼内反 ・ 睫毛乱生 ・ 乾燥性角結膜炎 ・ 兔眼 ・ 角膜潰瘍 ・ 失明)
 皮膚後遺症 (なし ・ あり → 脱毛 ・ 爪の発育不良 ・ 皮膚色素脱失 ・ 皮膚過剰色素沈着 ・ 皮膚瘢痕)
 粘膜後遺症 (なし ・ あり → 粘膜面の潰瘍化 ・ 包茎 ・ 陰嚢癒着 ・ 口腔/食道/気管粘膜潰瘍)
 腺外分泌障害 (なし ・ あり)
 その他の後遺症 (なし ・ あり → 詳細 :)
 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

4. 経過

現在の治療
 薬物療法など (なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・ 強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他 ())

過去の主な治療・検査など

受給者番号 ()					
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
大分類病名	6 スティーヴンス・ジョンソン (Stevens-Johnson) 症候	細分類病名	25	スティーヴンス・ジョンソン (Stevens-Johnson) 症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載

5. 今後の療法方針

後遺症のための継続的治療の必要性 (なし ・ あり → 詳細 :)

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()
-------	--

現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明
------	---

治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回)

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号