

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 ）	
	ループスアンチコアグラント（ 未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 ） その他の陽性抗体（ ）	
	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