

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 ・ 骨髓浮腫 ・ 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 ・ 異常パワードブラ → （ 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		科	
平成 年 月 日		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