

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 ・ 病理的 ・ 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（ ））
	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（ ））	
組織所見 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 ） 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

