

| | | | | | | | | | |
|----------|--|------------|--|-----------------------|------|------------------------|-----------|--------------------|--|
| 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 ・ ヘルペトローブ ・ 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 | | 科 印 | |
| 平成 年 月 日 | | 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