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**

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		

※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

診断時の症状

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
② 皮膚の水疱、びらんの面積　（　　）点
③ 38℃以上の発熱　（　　）点
④ 表皮の全層性壊死性変化　（　　）点
⑤ 肝機能障害 (ALT>100 IU/L)　（　　）点
合計　（　　）点

⑥ 呼吸器障害　（ なし ・ あり ）

家族歴　（ なし ・ あり ・ 不明 ）
※家族歴有りの場合 → 続柄　（　　）

（表）重篤度判定基準

1. 粘膜疹		
眼病変	偽膜形成	1
	角結膜上皮欠損	1
	結膜充血	1
口唇、口腔内	口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん	1
	口唇にのみ血痂、出血を伴うびらん	1
	血痂、出血を伴わないびらん	1
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

2.検査所見

診断時の検査等の結果

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

その他の現在の所見など

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 ・ 兎眼 ・ 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 ・ 陰唇癒着 ・ 口腔/食道/気管粘膜潰瘍 ）
膵外分泌障害　（ 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

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

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

科

平成　　年　　月　　日　　医師名　　印

小児慢性特定疾病指定医番号