

告示番号		11		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		6		ベーチェット（Behçet）病			

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 口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍（なし ・ あり） 皮膚症状（なし ・ あり → 結節性紅斑様皮疹 ・ 皮下の血栓性静脈炎 ・ 毛囊炎様皮疹 ・ 座瘡様皮疹 ・ その他（ ）） 眼症状（なし ・ あり → 虹彩毛様体炎 ・ 網膜ぶどう膜炎 ・ 視力障害（視力：左（ ）右（ ）） ・ その他（ ）） 外陰部潰瘍（なし ・ あり） 四肢（なし ・ あり → 関節炎 ・ その他（ ）） 精巣上体炎（なし ・ あり） 消化管病変（なし ・ あり → 消化管潰瘍 ・ 腸管出血 ・ 腹痛 ・ その他（ ）） 血管病変（なし ・ あり → 動脈血栓症 ・ 深部静脈血栓症 ・ 動脈瘤 ・ 肺梗塞 ・ その他（ ）） 中枢神経病変（なし ・ あり → 頭痛 ・ 麻痺 ・ 脳脊髄症状 ・ 精神症状 ・ 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 <b>血液検査</b> 赤沈（ ）mm/h CRP（ ）mg/dL IgD（ ）mg/dL CH50（ ）U/dL →（減 ・ 正 ・ 増） 白血球数（ ）/μL 貧血（なし ・ あり） 血小板数（減 ・ 正 ・ 増） HLA（未実施 ・ 実施 → 所見： ） <b>針反応</b> （未実施 ・ 陰性 ・ 陽性） <b>組織検査</b> （未実施 ・ 実施 → 部位（ ）、所見（ ）） <b>ベーチェット病の家族歴</b> （なし ・ あり → 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.今後の療の方針	
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