告示番号 24 **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	4 皮膚･結合組織疾患	細分類病名	13 強皮症		

※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

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

皮膚硬化　（ なし ・ あり → 体幹 ・ 上腕 ・ 前腕 ・ 手背 ・ 手指 ・ 趾 ・ 足背 ・ 下腿 ・ 大腿 ・ その他（　　））

その他の主要症状　（ なし ・ あり → 手指先端部の虫食い状瘢痕 ・ レイノー現象 ・ 爪上皮内出血点 ・ その他（　　））

心･循環器症状　（ なし ・ あり → 息切れ、動悸 ・ その他（　　））

呼吸器症状　（ なし ・ あり → 両側性肺線維症（CTまたはX線で確認） ・ その他（　　））

消化器症状　（ なし ・ あり → 胸やけ ・ 逆流 ・ 食物のつかえ ・ その他（　　））

主要臓器障害　（ 逆流性食道炎 ・ 強皮症腎クリーゼ ・ シェーグレン症候群 ・ 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

血液検査

抗核抗体　（ 未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → （　　）倍 ）

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RNAポリメラーゼⅢ抗体　（ 未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 ）

抗RNP(U1-RNP)抗体　（ 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：　　）

組織検査

皮膚病理　（ 未実施 ・ 実施 → 前腕伸側 （ 硬化なし ・ 硬化あり ））

鑑別診断

限局性強皮症を鑑別　（ できない ・ できる ）

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 ・ 免疫抑制薬 ・ プロスタサイクリン ・ ACE阻害薬 ・ 理学作業療法 ・ その他（　　））

過去の主な治療・検査など

5. 今後の療法方針

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