

告示番号		4		膠原病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3	
病名		7 高安動脈炎（大動脈炎症候群）								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 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 ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
病型		病型 (高安動脈炎) : [ 弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型 (動脈瘤型) ・ 不明 ]											
		病型 (高安動脈炎、血管造影所見による) : [ I ・ II a ・ II b ・ III ・ IV ・ V ]											
		診断の根拠 (高安動脈炎) : [ 画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状 (脈なし、血圧左右差) ・ 頭部乏血症状 (失明、視力障害等) ・ その他 ]											
		診断の根拠 (高安動脈炎、その他) : ( )											
症状	全身	発熱 : [ なし ・ あり ] 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 体重減少 : [ なし ・ あり ] 易疲労性 : [ なし ・ あり ] 浮腫 : [ なし ・ あり ] 高血圧 : [ なし ・ あり ] リンパ節腫脹 : [ なし ・ あり ] 全身症状 (その他) : ( )											
	筋・骨格	関節腫脹 : [ なし ・ あり ] 関節痛 : [ なし ・ あり ] 筋痛 : [ なし ・ あり ] 筋力低下 : [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 (その他) : ( )											
	皮膚・粘膜	レイノー・四肢の冷感 : [ なし ・ あり ] リバドー (網状皮斑) : [ なし ・ あり ] 結節性紅斑 : [ なし ・ あり ] 皮下結節 : [ なし ・ あり ] 壊疽 : [ なし ・ あり ] 紫斑 : [ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍 : [ なし ・ あり ] 潰瘍 : [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他) : ( )											
	眼	ぶどう膜炎 : [ なし ・ あり ] 上強膜炎 : [ なし ・ あり ] 結膜炎 : [ なし ・ あり ] 眼底出血 : [ なし ・ あり ] 白斑 : [ なし ・ あり ] 視力障害 : [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他) : ( )											
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [ なし ・ あり ] 鼻閉 : [ なし ・ あり ] 嚔声 : [ なし ・ あり ] 気道閉塞 : [ なし ・ あり ] 副鼻腔炎 : [ なし ・ あり ] 中耳炎 : [ なし ・ あり ] 鞍鼻 : [ なし ・ あり ] 難聴 : [ なし ・ あり ] めまい : [ なし ・ あり ] 耳鼻咽喉症状 (その他) : ( )											
	呼吸器・循環器	胸膜炎 : [ なし ・ あり ] 間質性肺炎 : [ なし ・ あり ] 血痰・咯血 : [ なし ・ あり ] 肺胞出血 : [ なし ・ あり ] 肺高血圧症 : [ なし ・ あり ] 咳嗽 : [ なし ・ あり ] 息切れ : [ なし ・ あり ] 動悸 : [ なし ・ あり ] 胸痛・胸部圧迫感 : [ なし ・ あり ] 間欠跛行 : [ なし ・ あり ] 脈拍欠損 : [ なし ・ あり ] 血管雑音 : [ なし ・ あり ] 血圧差 (左右または上下肢の血圧差10mmHg以上) : [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他) : ( )											
	腎・泌尿器	急性腎不全 : [ なし ・ あり ] 慢性腎不全 : [ なし ・ あり ] 急速進行性糸球体腎炎 : [ なし ・ あり ] 腎梗塞 : [ なし ・ あり ] 腎・泌尿器症状 (その他) : ( )											
	消化器	吐血 : [ なし ・ あり ] 下血 : [ なし ・ あり ] イレウス : [ なし ・ あり ] 非特異的炎症性腸炎 : [ なし ・ あり ] 消化器症状 (その他) : ( )											
	精神・神経	痙攣 : [ なし ・ あり ] 意識障害 : [ なし ・ あり ] 精神症状 : [ なし ・ あり ] 脳出血 : [ なし ・ あり ] 脳梗塞 : [ なし ・ あり ] 脊髄障害 : [ なし ・ あり ] 麻痺 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 多発性単神経炎 : [ なし ・ あり ] 無菌性髄膜炎 : [ なし ・ あり ] 精神・神経症状 (その他) : ( )											
その他	症状 (その他) : ( )												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
病型		病型 (高安動脈炎) : [ 弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型 (動脈瘤型) ・ 不明 ]											
		病型 (高安動脈炎、血管造影所見による) : [ I ・ II a ・ II b ・ III ・ IV ・ V ]											
		診断の根拠 (高安動脈炎) : [ 画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状 (脈なし、血圧左右差) ・ 頭部乏血症状 (失明、視力障害等) ・ その他 ]											
		診断の根拠 (高安動脈炎、その他) : ( )											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		4		膠原病（ ）		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/3	
症状	全身	発熱：[ なし ・ あり ] 浮腫：[ なし ・ あり ] 全身症状（その他）：（ ）		低身長（−2.0SD以下）：[ なし ・ あり ] 高血圧：[ なし ・ あり ]		体重減少：[ なし ・ あり ] リンパ節腫脹：[ なし ・ あり ]		易疲労性：[ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節腫脹：[ なし ・ あり ] 筋・骨格症状（その他）：（ ）		関節痛：[ なし ・ あり ]		筋痛：[ なし ・ あり ]		筋力低下：[ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	レイノー・四肢の冷感：[ なし ・ あり ] 皮下結節：[ なし ・ あり ] 潰瘍：[ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状（その他）：（ ）		リベドー（網状皮斑）：[ なし ・ あり ] 壊疽：[ なし ・ あり ] 紫斑：[ なし ・ あり ]		結節性紅斑：[ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍：[ なし ・ あり ]					
	眼	ぶどう膜炎：[ なし ・ あり ] 白斑：[ なし ・ あり ] 眼症状（その他）：（ ）		上強膜炎：[ なし ・ あり ] 視力障害：[ なし ・ あり ]		結膜炎：[ なし ・ あり ]		眼底出血：[ なし ・ あり ]			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[ なし ・ あり ] 副鼻腔炎：[ なし ・ あり ] めまい：[ なし ・ あり ] 耳鼻咽喉症状（その他）：（ ）		鼻閉：[ なし ・ あり ] 中耳炎：[ なし ・ あり ]		嚔声：[ なし ・ あり ] 鞍鼻：[ なし ・ あり ]		気道閉塞：[ なし ・ あり ] 難聴：[ なし ・ あり ]			
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[ なし ・ あり ] 肺高血圧症：[ なし ・ あり ] 胸痛・胸部圧迫感：[ なし ・ あり ] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状（その他）：（ ）		間質性肺炎：[ なし ・ あり ] 咳嗽：[ なし ・ あり ] 間欠跛行：[ なし ・ あり ]		血痰・咯血：[ なし ・ あり ] 息切れ：[ なし ・ あり ] 脈拍欠損：[ なし ・ あり ]		肺胞出血：[ なし ・ あり ] 動悸：[ なし ・ あり ] 血管雑音：[ なし ・ あり ]			
	腎・泌尿器	急性腎不全：[ なし ・ あり ] 腎・泌尿器症状（その他）：（ ）		慢性腎不全：[ なし ・ あり ]		急速進行性糸球体腎炎：[ なし ・ あり ]		腎梗塞：[ なし ・ あり ]			
	消化器	吐血：[ なし ・ あり ] 消化器症状（その他）：（ ）		下血：[ なし ・ あり ]		イレウス：[ なし ・ あり ]		非特異的炎症性腸炎：[ なし ・ あり ]			
	精神・神経	痙攣：[ なし ・ あり ] 脳梗塞：[ なし ・ あり ] 無菌性髄膜炎：[ なし ・ あり ] 精神・神経症状（その他）：（ ）		意識障害：[ なし ・ あり ] 脊髄障害：[ なし ・ あり ]		精神症状：[ なし ・ あり ] 麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]		脳出血：[ なし ・ あり ] 多発性単神経炎：[ なし ・ あり ]			
その他	症状（その他）：（ ）										
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
血液検査	白血球数：（ ）/μL      リンパ球：（ ）%      好酸球：（ ）%      ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL ヘマトクリット（Ht）：（ ）%      血小板数：（ ）×10 <sup>4</sup> /μL      PT-INR：（ ）      APTT：（ ）秒 D-dimer：（ ）μg/mL・未実施      FDP：（ ）μg/mL・未実施      血清クレアチニン：（ ）mg/dL CH50：（ ）U/mL・未実施      血清IgG：（ ）mg/dL      血清IgE：（ ）IU/mL 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h      CRP：（ ）mg/dL      抗核抗体：（ ）倍・未実施 KL-6：（ ）U/mL・未実施      リウマトイド因子（定量）：（ ）IU/mL・未実施      PR3-ANCA：（ ）IU/mL・未実施 MPO-ANCA：（ ）IU/mL・未実施      抗GBM抗体：（ ）U/mL・未実施										
尿検査	細胞円柱：[ なし ・ あり ・ 未実施 ]      血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]      一日尿蛋白量：（ ）g/day・未実施 尿中蛋白量：（ ）mg/dL										
便検査	便潜血：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]										
病理検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）										
画像検査	超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）										
	CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）										
	MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）										
	MRA検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）										
	血管造影：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）										
	PET検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）										
	画像検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 検査名：（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）										

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	4	膠原病	( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉				3/3	
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載										
血液検査	白血球数：( )/μL		リンパ球：( )%		好酸球：( )%		ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL			
	ヘマトクリット (Ht)：( )%		血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL		PT-INR：( )		APTT：( )秒			
	D-dimer：( )μg/mL・未実施		FDP：( )μg/mL・未実施		血清クレアチニン：( )mg/dL					
	CH50：( )U/mL・未実施		血清IgG：( )mg/dL		血清IgE：( )IU/mL					
	赤沈 (1時間値)：( )mm/h		CRP：( )mg/dL		抗核抗体：( )倍・未実施					
	KL-6：( )U/mL・未実施		リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施		PR3-ANCA：( )IU/mL・未実施					
	MPO-ANCA：( )IU/mL・未実施		抗GBM抗体：( )U/mL・未実施							
	尿検査	細胞円柱：[ なし ・ あり ・ 未実施 ]				血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]			一日尿蛋白量：( )g/day・未実施	
尿中蛋白量：( )mg/dL										
便検査	便潜血：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]									
病理検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )					
	部位：( )									
	所見：( )									
画像検査	超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )		部位：( )			
	所見：( )									
	CT 検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )		部位：( )			
	所見：( )									
	MRI 検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )		部位：( )			
	所見：( )									
	MRA 検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )		部位：( )			
	所見：( )									
血管造影	血管造影：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )		部位：( )			
	所見：( )									
	PET 検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )		部位：( )			
所見：( )										
画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )						
検査名：( )										
部位：( )										
所見：( )										
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載										
合併症	冠動脈病変：[ なし ・ あり ]				肺動脈病変：[ なし ・ あり ]		大動脈瘤：[ なし ・ あり ]			
	解離性大動脈瘤：[ なし ・ あり ]				大動脈弁閉鎖不全：[ なし ・ あり ]		大動脈弁直上の大動脈径：( )mm			
	大動脈弁閉鎖不全の程度 (カラードプラ法)：[ わずかな逆流 ・ 僧帽弁前尖まで ・ 乳頭筋まで ・ 心尖まで ]									
	大動脈弁変化：[ なし ・ あり ]				気管支喘息：[ なし ・ あり ]					
	合併症 (その他)：( )									
重症度分類	重症度 (高安動脈炎)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]									
経過（申請時） ※直近の状況を記載										
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数：( )回				症状の進行性：[ なし ・ あり ]					
	経過：[ 軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他 ]									
	経過 (その他)：( )									
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬：[ なし ・ あり ]				ステロイド薬：[ なし ・ あり ]		免疫調整薬：[ なし ・ あり ]			
	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]				生物学的製剤：[ なし ・ あり ]		抗凝固薬：[ なし ・ あり ]			
	強心薬：[ なし ・ あり ]				利尿薬：[ なし ・ あり ]		免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ]			
リハビリテーション	理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ]				作業療法：[ 未実施 ・ 実施 ]					
血液浄化	血液浄化法：[ 未実施 ・ 実施 ]									
	詳細：( )									
カテーテル治療	カテーテル治療：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )					
	部位：( )									
	術式：( )									
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施 ・ 施行予定 ]				実施日：( 年 月 日 )					
	術式：( )									
治療	治療 (その他)：( )									
今後の治療方針	今後の治療方針：( )									
	治療見込み期間 (入院)				開始日：( 年 月 日 )		終了日：( 年 月 日 )			
	治療見込み期間 (外来)				開始日：( 年 月 日 )		終了日：( 年 月 日 )		通院頻度：( )回/月	
医療機関・医師署名										
上記の通り診断します。										
医療機関名				記載年月日 年 月 日						
医療機関住所										
				診療科						
				医師名						
				(印)						
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )						