

告示番号		11		膠原病		(		) 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉				1/2							
病名		6 ベーチェット (Behcet) 病								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)		体重 (測定日)		kg (				SD)		BMI			
				年				月				日		年				月		日		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																							
症状		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]																			
		皮膚・粘膜		結節性紅斑様皮疹：[なし ・ あり] 座瘡様皮疹：[なし ・ あり] 毛嚢炎様皮疹：[なし ・ あり] 皮下の血栓性静脈炎：[なし ・ あり] 外陰部潰瘍：[なし ・ あり] 再発性アフタ性潰瘍 (口腔粘膜)：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()																			
				眼		網膜ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 虹彩毛様体炎：[なし ・ あり] 視力障害：[なし ・ あり] 部位：[左 ・ 右 ・ 両側] 詳細：() 眼症状 (その他)：()																	
						呼吸器・循環器		肺梗塞：[なし ・ あり] 動脈血栓症：[なし ・ あり] 深部静脈血栓症：[なし ・ あり] 動脈瘤：[なし ・ あり] 血管障害 (その他)：()															
		腎・泌尿器		精巣上体炎：[なし ・ あり]																			
		消化器		腹痛：[なし ・ あり] 消化管潰瘍：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり] 消化器症状 (その他)：()																			
				精神・神経		精神症状：[なし ・ あり] 頭痛：[なし ・ あり] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 脳脊髄症状：[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																							
症状		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]																			
		皮膚・粘膜		結節性紅斑様皮疹：[なし ・ あり] 座瘡様皮疹：[なし ・ あり] 毛嚢炎様皮疹：[なし ・ あり] 皮下の血栓性静脈炎：[なし ・ あり] 外陰部潰瘍：[なし ・ あり] 再発性アフタ性潰瘍 (口腔粘膜)：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()																			
				眼		網膜ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 虹彩毛様体炎：[なし ・ あり] 視力障害：[なし ・ あり] 部位：[左 ・ 右 ・ 両側] 詳細：() 眼症状 (その他)：()																	
						呼吸器・循環器		肺梗塞：[なし ・ あり] 動脈血栓症：[なし ・ あり] 深部静脈血栓症：[なし ・ あり] 動脈瘤：[なし ・ あり] 血管障害 (その他)：()															
		腎・泌尿器		精巣上体炎：[なし ・ あり]																			
		消化器		腹痛：[なし ・ あり] 消化管潰瘍：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり] 消化器症状 (その他)：()																			
				精神・神経		精神症状：[なし ・ あり] 頭痛：[なし ・ あり] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 脳脊髄症状：[なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他)：()																	
		その他				症状 (その他)：()																	

受給者番号() 患者氏名()

告示番号 **11** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 2/2

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	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL	血小板数：()×10 ⁴ /μL
	CH50：()U/mL・未実施	血清IgD：()mg/dL・未実施	赤沈（1時間値）：()mm/h
	CRP：()mg/dL		

[illegible]

皮膚科の検査	針反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
--------	-----------------------

遺伝学的検査	HLA 遺伝子型判定：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		
	抗原型 (HLA-A) ① ：()	抗原型 (HLA-A) ② ：()	
	抗原型 (HLA-B) ① ：()	抗原型 (HLA-B) ② ：()	
	抗原型 (HLA-DR) ① ：()	抗原型 (HLA-DR) ② ：()	
	抗原型 (HLA-DQ) ① ：()	抗原型 (HLA-DQ) ② ：()	

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL	血小板数：()×10 ⁴ /μL
	CH50：()U/mL・未実施	血清IgD：()mg/dL・未実施	赤沈（1時間値）：()mm/h
	CRP：()mg/dL		

[illegible]

皮膚科の検査	針反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
--------	-----------------------

遺伝学的検査	HLA 遺伝子型判定：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		
	抗原型 (HLA-A) ① ：()	抗原型 (HLA-A) ② ：()	
	抗原型 (HLA-B) ① ：()	抗原型 (HLA-B) ② ：()	
	抗原型 (HLA-DR) ① ：()	抗原型 (HLA-DR) ② ：()	
	抗原型 (HLA-DQ) ① ：()	抗原型 (HLA-DQ) ② ：()	

その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
-----	---------------------------

家族歴	本疾患の家族歴：父：[なし ・ あり ・ 不明] 姉妹：[なし ・ あり ・ 不明] 母方祖父：[なし ・ あり ・ 不明]	母：[なし ・ あり ・ 不明] 父方祖父：[なし ・ あり ・ 不明] いとこ：[なし ・ あり ・ 不明]	兄弟：[なし ・ あり ・ 不明] 父方祖母：[なし ・ あり ・ 不明] その他：[なし ・ あり ・ 不明]
-----	--	---	--

経過（申請時） ※直近の状況を記載

薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 強心薬：[なし ・ あり]	ステロイド薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり]	免疫調整薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[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：()
------	------------------------------

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	()