

告示番号		21		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		22 慢性再発性多発性骨髄炎								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	
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	全身	発熱：[ なし ・ あり ] 熱型：[ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 発熱期間：( )日間 熱型 (その他)：( ) 発熱間隔：[ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ] 周期性：[ なし ・ あり ] 発熱周期：( )か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい																			
		寒冷誘発炎症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																			
		アミロイドーシス (腎)：[ なし ・ あり ] アミロイドーシス (肝)：[ なし ・ あり ] アミロイドーシス (消化器)：[ なし ・ あり ] アミロイドーシス (その他)：( )																			
	筋・骨格	関節腫脹：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ] 関節の機能障害：[ なし ・ あり ]																			
		関節拘縮：[ なし ・ あり ] 部位：( )																			
		骨髄炎：[ なし ・ あり ] 部位：( ) 経過：[ 孤発性 ・ 多発性 ・ 単相一過性 ・ 多相再発性 ]																			
		筋・骨格症状 (その他)：( )																			
	皮膚・粘膜	膿疱症 (手掌足底)：[ なし ・ あり ] 膿疱症 (その他)：( )																			
		乾癬：[ なし ・ あり ] ざ瘡：[ なし ・ あり ] 皮疹 (その他)：( )																			
	眼	眼症状：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																			
	消化器	肝腫：[ なし ・ あり ] 脾腫：[ なし ・ あり ] 嘔吐：[ なし ・ あり ] 炎症性腸疾患：[ なし ・ あり ]																			
	精神・神経	神経症状：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																			
	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	全身	発熱：[ なし ・ あり ] 熱型：[ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 発熱期間：( )日間 熱型 (その他)：( ) 発熱間隔：[ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ] 周期性：[ なし ・ あり ] 発熱周期：( )か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい																			
		寒冷誘発炎症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																			
		アミロイドーシス (腎)：[ なし ・ あり ] アミロイドーシス (肝)：[ なし ・ あり ] アミロイドーシス (消化器)：[ なし ・ あり ] アミロイドーシス (その他)：( )																			
	筋・骨格	関節腫脹：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ] 関節の機能障害：[ なし ・ あり ]																			
		関節拘縮：[ なし ・ あり ] 部位：( )																			
		骨髄炎：[ なし ・ あり ] 部位：( ) 経過：[ 孤発性 ・ 多発性 ・ 単相一過性 ・ 多相再発性 ]																			
		筋・骨格症状 (その他)：( )																			
	皮膚・粘膜	膿疱症 (手掌足底)：[ なし ・ あり ] 膿疱症 (その他)：( )																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号		21	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	皮膚・粘膜	乾癬：[ なし ・ あり ]      び瘡：[ なし ・ あり ] 皮疹（その他）：( )									
	眼	眼症状：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
	消化器	肝腫：[ なし ・ あり ]      脾腫：[ なし ・ あり ]      嘔吐：[ なし ・ あり ]      炎症性腸疾患：[ なし ・ あり ]									
	精神・神経	神経症状：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
	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      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      赤沈（1時間値）：( )mm/h      CRP：( )mg/dL 血清アミロイドA：( )μg/mL・未実施      プロカルシトニン：( )ng/mL・未実施 自己抗体（その他）：( )										
病理検査	関節穿刺：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 ) 部位：( ) 所見：( )										
	生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 ) 部位：( ) 所見：( )										
画像検査	単純X線検査：[ 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：( )										
	シンチグラフィ（骨）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )      異常取込：[ なし ・ あり ] 異常部位：( )										
	核医学検査（その他）：[ 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 )      異常取込：[ なし ・ あり ] 異常部位：( )										
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )      疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：( )										
検査所見（その他）	検査所見（その他）：( )										
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      ヘマトクリット（Ht）：( )% 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL      赤沈（1時間値）：( )mm/h      CRP：( )mg/dL 血清アミロイドA：( )μg/mL・未実施      プロカルシトニン：( )ng/mL・未実施 自己抗体（その他）：( )										
病理検査	関節穿刺：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 ) 部位：( ) 所見：( )										
	生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 ) 部位：( ) 所見：( )										
画像検査	単純X線検査：[ 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：( )										
	シンチグラフィ（骨）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )      異常取込：[ なし ・ あり ] 異常部位：( )										
	核医学検査（その他）：[ 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 )      異常取込：[ なし ・ あり ] 異常部位：( )										

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	21	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			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )      疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：(      )									
検査所見（その他）	検査所見（その他）：(      )									
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	家系：[ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細：(      )									
	両親の血族婚：[ なし ・ あり ・ 不明 ]									
	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：(      )									
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 ]      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 ]      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 ]									
	生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 詳細：(      )									
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				(      )		