

病名	19 中條・西村症候群										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)			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													
基本情報		発症年齢：()歳											
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]											
		発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他]											
		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											
	筋・骨格	寒冷誘発炎症：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		関節腫脹：[なし ・ あり]			関節拘縮：[なし ・ あり]			関節痛：[なし ・ あり]					
		筋萎縮：[なし ・ あり]			筋炎：[なし ・ あり]			長く節くれ立った指：[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	筋力低下：[なし ・ あり] 部位：()											
		筋・骨格症状 (その他)：()											
		ヘリオトロープ様皮疹：[なし ・ あり]			結節性紅斑様皮疹：[なし ・ あり]			凍瘡様皮疹 (手足)：[なし ・ あり]					
		限局性脂肪萎縮：[なし ・ あり]											
眼	皮疹 (その他)：部位：()												
	皮疹 (その他)：()												
眼		眼球突出：[なし ・ あり] 視力低下：[なし ・ あり]											
眼症状 (その他)：()													
内分泌・代謝		耐糖能異常：[なし ・ あり] 高コレステロール血症：[なし ・ あり] 高トリグリセリド血症：[なし ・ あり] 肥満：[なし ・ あり]											
精神・神経	てんかん：[なし ・ あり]												
	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]												
	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	低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]											
		発熱：[なし ・ あり] 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他]											
		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											
	筋・骨格	寒冷誘発炎症：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		関節腫脹：[なし ・ あり]			関節拘縮：[なし ・ あり]			関節痛：[なし ・ あり]					
		筋萎縮：[なし ・ あり]			筋炎：[なし ・ あり]			長く節くれ立った指：[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	筋力低下：[なし ・ あり] 部位：()											
		筋・骨格症状 (その他)：()											
		ヘリオトロープ様皮疹：[なし ・ あり]			結節性紅斑様皮疹：[なし ・ あり]			凍瘡様皮疹 (手足)：[なし ・ あり]					
		限局性脂肪萎縮：[なし ・ あり]											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		19	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	皮疹（その他）：部位：（ ） 皮疹（その他）：（ ）					
	眼	眼球突出：[なし ・ あり] 視力低下：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（ ）					
	内分泌・代謝	耐糖能異常：[なし ・ あり] 高コレステロール血症：[なし ・ あり] 高トリグリセリド血症：[なし ・ あり] 肥満：[なし ・ あり]					
	精神・神経	てんかん：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]					
		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	ヘモグロビン（Hb）：これまでの最低値：（ ）g/dL						
	赤沈（1時間値）：これまでの最高値：（ ）mm/h CRP：これまでの最高値：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：これまでの最高値：（ ）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：これまでの最高値：（ ）ng/mL・未実施		赤沈（1時間値）：これまでの最低値：（ ）mm/h CRP：これまでの最低値：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：これまでの最低値：（ ）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：これまでの最低値：（ ）ng/mL・未実施				
	LDH：これまでの最高値：（ ）U/L CK：これまでの最高値：（ ）U/L 血清IgG：これまでの最高値：（ ）mg/dL 血清IgE：これまでの最高値：（ ）IU/mL 抗核抗体：これまでの最高値：（ ）倍・未実施 自己抗体（その他）：これまでの最高値：（ ）						
	血液検査所見（その他）：（ ）						
	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）						
	心電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）						
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）						
	CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 大脳基底核石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ ）						
画像検査	画像検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ ）						
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） PSM88遺伝子疾患関連変異：[なし ・ あり] PSM88遺伝子以外の疾患関連変異：[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	ヘモグロビン（Hb）：最近1年間の最低値：（ ）g/dL						
	赤沈（1時間値）：最近1年間の最高値：（ ）mm/h CRP：最近1年間の最高値：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：最近1年間の最高値：（ ）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：最近1年間の最高値：（ ）ng/mL・未実施		赤沈（1時間値）：最近1年間の最低値：（ ）mm/h CRP：最近1年間の最低値：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：最近1年間の最低値：（ ）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：最近1年間の最低値：（ ）ng/mL・未実施				
	LDH：最近1年間の最高値：（ ）U/L CK：最近1年間の最高値：（ ）U/L 血清IgG：最近1年間の最高値：（ ）mg/dL 血清IgE：最近1年間の最高値：（ ）IU/mL 抗核抗体：最近1年間の最高値：（ ）倍・未実施 自己抗体（その他）：最近1年間の最高値：（ ）						
	血液検査所見（その他）：（ ）						
	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）						
	心電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）						
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）						
	CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 大脳基底核石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ ）						
画像検査	画像検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ ）						
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） PSM88遺伝子疾患関連変異：[なし ・ あり] PSM88遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：（ ）						

受給者番号() 患者氏名()

告示番号

19

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（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：()

両親の血縁婚：[なし ・ あり ・ 不明]

本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
詳細：()

予防接種歴
(生ワクチン)

BCG：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] 麻疹：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] 風疹：[未実施 ・ 実施 ・ 不明]
水痘：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] ムンプス：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] ロタウイルス：[未実施 ・ 実施 ・ 不明]
その他：()

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] 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]

免疫調整薬：[なし ・ あり]
詳細：()

免疫抑制薬：[なし ・ あり]
詳細：()

生物学的製剤：[なし ・ あり]
詳細：()

呼吸管理

酸素療法：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

(印)