

告示番号		3		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		11 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症								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													
診断		診断の根拠：[臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]								診断時期：(年 月 日)			
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	リパドー：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()		結節性紅斑：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり]		皮下結節：[なし ・ あり] 潰瘍：[なし ・ あり]		壊疽：[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：[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)：()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
診断		診断の根拠：[臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]								診断時期：(年 月 日)			
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	リパドー：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()		結節性紅斑：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり]		皮下結節：[なし ・ あり] 潰瘍：[なし ・ あり]		壊疽：[なし ・ あり]					

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		3		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	
	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：[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）：()									
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 ⁴ /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：()											
PET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：()											
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：()											
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 ⁴ /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								

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	3	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
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：()															
画像検査	MRA検査：[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：()														
	血管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)														
	部位：()														
所見：()															
画像検査（その他）	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	気管支喘息：[なし ・ あり] 在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全：[なし ・ あり] 気道狭窄：[なし ・ あり]														
	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり] 顔面変形：[なし ・ あり] 合併症（その他）：()														
重症度分類	重症度（好酸球性多発血管炎性肉芽腫症）：[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 ()															