

告示番号		8		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		1 若年性特発性関節炎								受付種別		☐ 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																					
病型		発症時： [全身型 ・ 少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎]																			
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] () 熱型 (その他)：() 朝のこわばり：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] マクロファージ活性化症候群：[なし ・ あり]																			
		筋・骨格	腫脹関節数：() 個 部位詳細：() 疼痛関節数：() 個 部位詳細：() 関節可動域制限：[なし ・ あり] 詳細：() 可動域制限関節数：() 個 部位詳細：() 付着部炎：[なし ・ あり] 指趾炎：[なし ・ あり] 腰背部痛：[なし ・ あり] 筋痛：[なし ・ あり]																		
			皮膚・粘膜	爪甲剥離：[なし ・ あり] 爪点状陥凹：[なし ・ あり] 爪油滴：[なし ・ あり] 紅斑性皮疹：[なし ・ あり] リウマトイド結節：[なし ・ あり] 乾癬：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()																	
	眼 ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 所見：[無症候性 ・ 症候性]																				
	呼吸器・循環器		胸膜炎：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり]																		
			消化器	腹膜炎：[なし ・ あり] 肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[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																				
	病型		現 在： [全身型 ・ 全身型発症関節炎 ・ 進展型少関節炎 ・ 持続型少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎]																		
	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] () 熱型 (その他)：() 朝のこわばり：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] マクロファージ活性化症候群：[なし ・ あり]																		
筋・骨格			腫脹関節数：() 個 部位詳細：() 疼痛関節数：() 個 部位詳細：() 関節可動域制限：[なし ・ あり] 詳細：() 可動域制限関節数：() 個 部位詳細：()																		

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		8		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	筋・骨格	付着部炎：[なし ・ あり]		指趾炎：[なし ・ あり]		腰背部痛：[なし ・ あり]		筋痛：[なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	爪甲剥離：[なし ・ あり]		爪点状陥凹：[なし ・ あり]		爪油滴：[なし ・ あり]		紅斑性皮疹：[なし ・ あり]						
		リウマトイド結節：[なし ・ あり]		乾癬：[なし ・ あり]										
		皮膚・粘膜症状（その他）：（		）										
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]		所見：[無症候性 ・ 症候性]										
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]		心膜炎：[なし ・ あり]										
	消化器	腹膜炎：[なし ・ あり]		肝腫：[なし ・ あり]		脾腫：[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		ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL		ヘマトクリット（Ht）：（ ）%									
	血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL		D-dimer：（ ）μg/mL・未実施		AST：（ ）U/L									
	ALT：（ ）U/L		LDH：（ ）U/L		BUN：（ ）mg/dL									
	血清クレアチニン：（ ）mg/dL		トリグリセリド（中性脂肪）：（ ）mg/dl		フィブリノゲン：（ ）mg/dl									
	フェリチン：（ ）ng/mL・未実施		赤沈（1時間値）：（ ）mm/h		CRP：（ ）mg/dL									
	リウマトイド因子（定量）：（ ）IU/mL・未実施		MMP-3：（ ）ng/mL・未実施		抗CCP抗体：（ ）U/mL・未実施									
	抗核抗体：（ ）倍・未実施		染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他]											
	染色型（その他）：（		）											
画像検査	超音波検査（関節）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）											
	関節液貯留：[なし ・ あり]		関節滑膜肥厚：[なし ・ あり]		付着部肥厚：[なし ・ あり]									
	腱鞘滑膜炎：[なし ・ あり]		異常パワードプラ（関節内）：[なし ・ あり]		異常パワードプラ（付着部）：[なし ・ あり]									
	所見（その他）：（		）											
	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）											
	関節裂隙狭小化：[なし ・ あり]		骨びらん：[なし ・ あり]		関節変形（亜脱臼・偏位・過伸展）：[なし ・ あり]									
	関節強直：[なし ・ あり]		指趾骨基部杯状化：[なし ・ あり]		脊椎の竹節様変化：[なし ・ あり]									
	MRI検査（関節）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）											
	関節液貯留：[なし ・ あり]		滑膜肥厚：[なし ・ あり]		骨髓浮腫：[なし ・ あり]									
	仙腸関節炎：[なし ・ あり]													
	所見（その他）：（		）											
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		ヘマトクリット（Ht）：（ ）%									
	血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL		D-dimer：（ ）μg/mL・未実施		AST：（ ）U/L									
	ALT：（ ）U/L		LDH：（ ）U/L		BUN：（ ）mg/dL									
	血清クレアチニン：（ ）mg/dL		トリグリセリド（中性脂肪）：（ ）mg/dl		フィブリノゲン：（ ）mg/dl									
	フェリチン：（ ）ng/mL・未実施		赤沈（1時間値）：（ ）mm/h		CRP：（ ）mg/dL									
	抗核抗体：（ ）倍・未実施		染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他]											
	染色型（その他）：（		）											
	リウマトイド因子（定量）：（ ）IU/mL・未実施		MMP-3：（ ）ng/mL・未実施		抗CCP抗体：（ ）U/mL・未実施									
画像検査	超音波検査（関節）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）											
	関節液貯留：[なし ・ あり]		関節滑膜肥厚：[なし ・ あり]		付着部肥厚：[なし ・ あり]									
	腱鞘滑膜炎：[なし ・ あり]		異常パワードプラ（関節内）：[なし ・ あり]		異常パワードプラ（付着部）：[なし ・ あり]									
	所見（その他）：（		）											
	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）											
	関節裂隙狭小化：[なし ・ あり]		骨びらん：[なし ・ あり]		関節変形（亜脱臼・偏位・過伸展）：[なし ・ あり]									
	関節強直：[なし ・ あり]		指趾骨基部杯状化：[なし ・ あり]		脊椎の竹節様変化：[なし ・ あり]									
	MRI検査（関節）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）											
	関節液貯留：[なし ・ あり]		滑膜肥厚：[なし ・ あり]		骨髓浮腫：[なし ・ あり]									
	仙腸関節炎：[なし ・ あり]													
	所見（その他）：（		）											
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	他の膠原病の合併：[なし ・ あり]													
	合併疾患名：（		）											
	悪性疾患の合併：[なし ・ あり]													

告示番号	8	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
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：強直脊椎炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：炎症性腸疾患に伴う仙腸関節炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：急性前部ぶどう膜炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴（その他）：() 家族歴：付着部炎関連関節炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：Reiter 症候群：[なし ・ あり ・ 不明]			
疾患活動性	JADAS-27：() ・ 未実施			
機能障害	Sterinbrocker機能障害度分類：[未実施 ・ Class I ・ Class II ・ Class III ・ Class IV] CHAQ：() 点 ・ 未実施			
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] 強心薬：[なし ・ あり] ステロイド薬：[なし ・ あり] 利尿薬：[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]			
	免疫調整薬：金製剤： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫調整薬：プシラミン： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫調整薬：サラゾスルファピリジン：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫調整薬：イグラチモド： [未実施 ・ 無効 ・ 有効]			
	免疫抑制薬：タクロリムス： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：ミゾリピン： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：トファシチニブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：メトトレキサート： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：レフルノミド： [未実施 ・ 無効 ・ 有効]			
	生物学的製剤：トシリズマブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アダリムマブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：ゴリムマブ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アバタセプト：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アナキンラ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤（その他）：()			
	生物学的製剤：エタネルセプト： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：インフリキシマブ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：セルトリズマブベゴル：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：カナキヌマブ： [未実施 ・ 無効 ・ 有効]			
	抗リウマチ薬（その他）：()			
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 ()				

告示番号		9		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		2 全身性エリテマトーデス										受付種別		☐ 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															
症状	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり]				全身倦怠感: [なし ・ あり]				浮腫: [なし ・ あり]					
	高血圧: [なし ・ あり]				溶血性貧血: [なし ・ あり]										
	全身症状 (その他): ()														
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり]				筋痛: [なし ・ あり]				筋力低下: [なし ・ あり]					
	筋炎: [なし ・ あり]														
	皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり]				レイノー現象: [なし ・ あり]				脱毛: [なし ・ あり]					
	円盤状紅斑: [なし ・ あり]				蝶形紅斑: [なし ・ あり]				口腔内潰瘍: [なし ・ あり]						
	鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり]														
	皮膚・粘膜症状 (その他): ()														
眼	眼痛: [なし ・ あり]				視力低下: [なし ・ あり]										
眼症状 (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]				肺出血: [なし ・ あり]						
肺梗塞: [なし ・ あり]				肺高血圧症: [なし ・ あり]				心膜炎: [なし ・ あり]							
循環器・呼吸器症状 (その他): ()															
腎・泌尿器	ネフローゼ症候群: [なし ・ あり]				急性腎不全: [なし ・ あり]				慢性腎不全: [なし ・ あり]						
腎・泌尿器症状 (その他): ()															
消化器	腹痛: [なし ・ あり]				腹膜刺激症状: [なし ・ あり]				下痢: [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]				多発単神経炎: [なし ・ あり]							
脊髄障害: [なし ・ あり]				無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]				器質性脳症候群: [なし ・ あり]							
脳神経症状: [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	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり]				全身倦怠感: [なし ・ あり]				浮腫: [なし ・ あり]					
	高血圧: [なし ・ あり]				溶血性貧血: [なし ・ あり]										
	全身症状 (その他): ()														
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり]				筋痛: [なし ・ あり]				筋力低下: [なし ・ あり]					
	筋炎: [なし ・ あり]														
皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり]				レイノー現象: [なし ・ あり]				脱毛: [なし ・ あり]						
円盤状紅斑: [なし ・ あり]				蝶形紅斑: [なし ・ あり]				口腔内潰瘍: [なし ・ あり]							
鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり]															
皮膚・粘膜症状 (その他): ()															
眼	眼痛: [なし ・ あり]				視力低下: [なし ・ あり]										
眼症状 (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]				肺出血: [なし ・ あり]						
肺梗塞: [なし ・ あり]				肺高血圧症: [なし ・ あり]				心膜炎: [なし ・ あり]							
循環器・呼吸器症状 (その他): ()															

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		9	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	腎・泌尿器	ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：（ ）		急性腎不全：[なし ・ あり]		慢性腎不全：[なし ・ あり]	
	消化器	腹痛：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：（ ）		腹膜刺激症状：[なし ・ あり]		下痢：[なし ・ あり]	
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり] 脊髄障害：[なし ・ あり] 脳神経症状：[なし ・ あり] 精神・神経症状（その他）：（ ）		意識障害：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[なし ・ あり]		精神症状：[なし ・ あり] 多発単神経炎：[なし ・ あり] 器質性脳症候群：[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 ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL 血清総ビリルビン（T-Bil）：（ ）mg/dL ALT：（ ）U/L BUN：（ ）mg/dL 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h CH50：（ ）U/mL・未実施		白血球分画：リンパ球：（ ）% 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ ）mg/dL LDH：（ ）U/L 血清クレアチニン：（ ）mg/dL CRP：（ ）mg/dL C3：（ ）mg/dL 抗核抗体：（ ）倍・未実施		網赤血球：（ ）% APTT：（ ）秒 AST：（ ）U/L 血清アミラーゼ：（ ）U/L 血清IgG：（ ）mg/dL C4：（ ）mg/dL		
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：（ ）倍・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：（ ）倍・未実施 抗カルジオリピン抗体（IgG）：（ ）U/mL・未実施 抗CLβ2GP1抗体：（ ）U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：（ ）IU/mL・未実施 抗dsDNA抗体：（ ）IU/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：（ ）U/mL・未実施 自己抗体（その他）：（ ）		抗SS-A／Ro抗体：EIA法：（ ）U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：EIA法：（ ）U/mL・未実施 抗カルジオリピン抗体（IgM）：（ ）U/mL・未実施 ループスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 血清ハプトグロビン：（ ）mg/dL・未実施 抗Sm抗体：（ ）U/mL・未実施				
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿中蛋白量：（ ）mg/dL		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：（ ）		一日尿蛋白量：（ ）g/day・未実施 尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） INS／RPS分類（Class）：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI]						
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）						
生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ）		実施日：（ 年 月 日 ）				
画像検査	CT検査：[未実施 ・ 実施] 部位：（ ） 所見：（ ）		実施日：（ 年 月 日 ）				
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 部位：（ ） 所見：（ ）		実施日：（ 年 月 日 ）				
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 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 ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL 血清総ビリルビン（T-Bil）：（ ）mg/dL ALT：（ ）U/L BUN：（ ）mg/dL 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h CH50：（ ）U/mL・未実施		白血球分画：リンパ球：（ ）% 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ ）mg/dL LDH：（ ）U/L 血清クレアチニン：（ ）mg/dL CRP：（ ）mg/dL C3：（ ）mg/dL 抗核抗体：（ ）倍・未実施		網赤血球：（ ）% APTT：（ ）秒 AST：（ ）U/L 血清アミラーゼ：（ ）U/L 血清IgG：（ ）mg/dL C4：（ ）mg/dL		
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：（ ）倍・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：（ ）倍・未実施 抗カルジオリピン抗体（IgG）：（ ）U/mL・未実施 抗CLβ2GP1抗体：（ ）U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：（ ）IU/mL・未実施 抗dsDNA抗体：（ ）IU/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：（ ）U/mL・未実施 自己抗体（その他）：（ ）		抗SS-A／Ro抗体：EIA法：（ ）U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：EIA法：（ ）U/mL・未実施 抗カルジオリピン抗体（IgM）：（ ）U/mL・未実施 ループスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 血清ハプトグロビン：（ ）mg/dL・未実施 抗Sm抗体：（ ）U/mL・未実施				
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿中蛋白量：（ ）mg/dL		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：（ ）		一日尿蛋白量：（ ）g/day・未実施 尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） INS／RPS分類（Class）：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI]						
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）						

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	9	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
生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()						
画像検査	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：()						
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()						
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載							
合併症	抗リン脂質症候群：[なし ・ あり] シェーグレン症候群：[なし ・ あり] 合併症（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] クロロキン製剤：[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 ()							

告示番号		10		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		3 皮膚筋炎／多発性筋炎								受付種別		☐ 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		肥満度				%							
				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																											
診断		診断分類 (皮膚筋炎／多発性筋炎) : [皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]																									
症状		全身		発熱 : [なし ・ あり]				体重減少 : [なし ・ あり]				浮腫 (全身性) : [なし ・ あり]				リンパ節腫脹 : [なし ・ あり]						()					
		筋・骨格		関節腫脹 : [なし ・ あり]				関節拘縮 : [なし ・ あり]				関節痛 : [なし ・ あり]				筋把握痛 : [なし ・ あり]						()					
		皮膚・粘膜		爪郭発赤 : [なし ・ あり]				日光過敏 : [なし ・ あり]				レイノー現象 : [なし ・ あり]				蝶形紅斑 : [なし ・ あり]						()					
				紅斑 (関節伸側) : [なし ・ あり]				ゴットロン丘疹 : [なし ・ あり]				ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑) : [なし ・ あり]				()											
				ヘリオトロープ疹 : [なし ・ あり]				皮下石灰化 : [なし ・ あり]				粘膜潰瘍 : [なし ・ あり]				皮膚潰瘍 : [なし ・ あり]				()							
				皮膚・粘膜症状 (その他) : (																				)			
		眼		網膜血管病変 : [なし ・ あり]				眼症状 (その他) : ()																			
呼吸器・循環器		肺高血圧症 : [なし ・ あり]				乾性咳嗽 : [なし ・ あり]				呼吸困難 (労作時) : [なし ・ あり]												()					
		心膜炎 : [なし ・ あり]				心筋炎 : [なし ・ あり]				心電図異常 : [なし ・ あり]												()					
消化器		消化管潰瘍 : [なし ・ あり]				消化管穿孔 : [なし ・ あり]																()					
		消化器症状 (その他) : (																				)					
精神・神経		痙攣 : [なし ・ あり]				精神症状 : [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																											
診断		診断分類 (皮膚筋炎／多発性筋炎) : [皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]																									
症状		全身		発熱 : [なし ・ あり]				体重減少 : [なし ・ あり]				浮腫 (全身性) : [なし ・ あり]				リンパ節腫脹 : [なし ・ あり]						()					
		筋・骨格		関節腫脹 : [なし ・ あり]				関節拘縮 : [なし ・ あり]				関節痛 : [なし ・ あり]				筋把握痛 : [なし ・ あり]						()					
		皮膚・粘膜		爪郭発赤 : [なし ・ あり]				日光過敏 : [なし ・ あり]				レイノー現象 : [なし ・ あり]				蝶形紅斑 : [なし ・ あり]						()					
				紅斑 (関節伸側) : [なし ・ あり]				ゴットロン丘疹 : [なし ・ あり]				ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑) : [なし ・ あり]				()											
				ヘリオトロープ疹 : [なし ・ あり]				皮下石灰化 : [なし ・ あり]				粘膜潰瘍 : [なし ・ あり]				皮膚潰瘍 : [なし ・ あり]				()							
				皮膚・粘膜症状 (その他) : (																				)			
眼		網膜血管病変 : [なし ・ あり]				眼症状 (その他) : ()																					
		肺高血圧症 : [なし ・ あり]				乾性咳嗽 : [なし ・ あり]				呼吸困難 (労作時) : [なし ・ あり]												()					
呼吸器・循環器		心膜炎 : [なし ・ あり]				心筋炎 : [なし ・ あり]				心電図異常 : [なし ・ あり]												()					
		循環器・呼吸器症状 (その他) : (																				)					
消化器		消化管潰瘍 : [なし ・ あり]				消化管穿孔 : [なし ・ あり]																()					
		消化器症状 (その他) : (																				)					

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		10	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	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり] 精神症状：[なし ・ あり]					
	その他	精神・神経症状（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：()% ヘモグロビン（Hb）：()g/dL ヘマトクリット（Ht）：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL CK：これまでの最高値：()U/L アルドラーゼ：これまでの最高値：()U/L 血清IgG：()mg/dL KL-6：()U/mL・未実施 赤沈（1時間値）：()mm/h CRP：()mg/dL C3：()mg/dL C4：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 抗核抗体：()倍・未実施						
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：()倍・未実施 抗SS-A／Ro抗体：EIA法：()U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：()倍・未実施 抗SS-B／La抗体：EIA法：()U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施 抗Scl-70抗体：()U/mL・未実施 抗セントロメア抗体：()U/mL・未実施 抗Jo-1抗体：()U/mL 抗ARS抗体スクリーニング：[陰性 ・ 陽性] 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 抗Sm抗体：()U/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：()U/mL・未実施 自己抗体（その他）：()						
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						
病理検査	筋生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 筋線維の変性及び細胞浸潤：[なし ・ あり] 皮膚生検：[未実施 ・ 実施] 皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]						
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()						
生理機能検査	筋電図検査：[未実施 ・ 実施] 筋電図筋原性変化：[なし ・ あり]						
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 拘束性障害：[なし ・ あり] 所見（その他）：()						
画像検査	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) DLco：()mL/min/mmHg						
	CT検査（肺）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 間質性陰影：[なし ・ あり] 胸水：[なし ・ あり] 所見（その他）：()						
MRI検査	MRI検査（筋）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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：()% ヘモグロビン（Hb）：()g/dL ヘマトクリット（Ht）：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL CK：これまでの最高値：()U/L アルドラーゼ：これまでの最高値：()U/L 血清IgG：()mg/dL KL-6：()U/mL・未実施 赤沈（1時間値）：()mm/h CRP：()mg/dL C3：()mg/dL C4：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 抗核抗体：()倍・未実施						
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：()倍・未実施 抗SS-A／Ro抗体：EIA法：()U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：()倍・未実施 抗SS-B／La抗体：EIA法：()U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施 抗Scl-70抗体：()U/mL・未実施 抗セントロメア抗体：()U/mL・未実施 抗Jo-1抗体：()U/mL 抗ARS抗体スクリーニング：[陰性 ・ 陽性] 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 抗Sm抗体：()U/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：()U/mL・未実施 自己抗体（その他）：()						
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						
病理検査	筋生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 筋線維の変性及び細胞浸潤：[なし ・ あり] 皮膚生検：[未実施 ・ 実施] 皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]						
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()						
生理機能検査	筋電図検査：[未実施 ・ 実施] 筋電図筋原性変化：[なし ・ あり]						
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 拘束性障害：[なし ・ あり] 所見（その他）：()						
肺拡散能検査	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) DLco：()mL/min/mmHg						
CT検査	CT検査（肺）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 間質性陰影：[なし ・ あり] 胸水：[なし ・ あり] 所見（その他）：()						
	MRI検査（筋）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()						

受給者番号() 患者氏名()

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：()
-----	---------------------------

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] クロロキン製剤：[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] 免疫調整薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり]	ステロイドパルス療法：[なし ・ あり] メトトレキサート：[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	(		)

告示番号		7		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		4 シェーグレン (Sjogren) 症候群							受付種別		☐ 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	全身		発熱：[なし ・ あり] 全身倦怠感：[なし ・ あり] 摂食時よく水を飲む：[なし ・ あり] 朝のこわばり：[なし ・ あり] 全身の疼痛：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 溶血性貧血：[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・骨格症状 (その他)：()										
	皮膚・粘膜		レイノー現象：[なし ・ あり] 鼻の乾燥：[なし ・ あり] 環状紅斑：[なし ・ あり] う歯の増加：[なし ・ あり] 口腔の痛み：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり] 口臭：[なし ・ あり] 血小板減少性紫斑：[なし ・ あり] 高γグロブリン性紫斑：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()										
	唾液腺		耳下腺腫脹の反復：[なし ・ あり] 顎下腺腫脹の反復：[なし ・ あり] ラヌラ：[なし ・ あり] 唾液腺症状 (その他)：()										
	眼		ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 乾燥性角結膜炎：[なし ・ あり] 繰り返す眼の充血：[なし ・ あり] 目のかゆみ：[なし ・ あり] 眼の異物感：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()										
	腎・泌尿器		間質性腎炎：[なし ・ あり]										
	内分泌・代謝		甲状腺腫：[なし ・ あり]										
	精神・神経		無菌性髄膜炎：[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												
症状	全身		発熱：[なし ・ あり] 全身倦怠感：[なし ・ あり] 摂食時よく水を飲む：[なし ・ あり] 朝のこわばり：[なし ・ あり] 全身の疼痛：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 溶血性貧血：[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・骨格症状 (その他)：()										
	皮膚・粘膜		レイノー現象：[なし ・ あり] 鼻の乾燥：[なし ・ あり] 環状紅斑：[なし ・ あり] う歯の増加：[なし ・ あり] 口腔の痛み：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり] 口臭：[なし ・ あり] 血小板減少性紫斑：[なし ・ あり] 高γグロブリン性紫斑：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()										
	唾液腺		耳下腺腫脹の反復：[なし ・ あり] 顎下腺腫脹の反復：[なし ・ あり] ラヌラ：[なし ・ あり] 唾液腺症状 (その他)：()										
	眼		ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 乾燥性角結膜炎：[なし ・ あり] 繰り返す眼の充血：[なし ・ あり] 目のかゆみ：[なし ・ あり] 眼の異物感：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()										
	腎・泌尿器		間質性腎炎：[なし ・ あり]										
	内分泌・代謝		甲状腺腫：[なし ・ あり]										
	精神・神経		無菌性髄膜炎：[なし ・ あり]										
	その他		症状 (その他)：()										

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		7	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	
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：（ ）%	網赤血球：（ ）%	ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL					
	血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL	血清総ビリルビン（T-Bil）：（ ）mg/dL		血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ ）mg/dL					
	AST：（ ）U/L	ALT：（ ）U/L	LDH：（ ）U/L	血清アミラーゼ：（ ）U/L					
	血清アミラーゼアイソザイム（膵由来）：（ ）%・未実施		血清アミラーゼアイソザイム（唾液腺由来）：（ ）%・未実施						
	BUN：（ ）mg/dL	血清クレアチニン：（ ）mg/dL	血清IgG：（ ）mg/dL	IgG4：（ ）mg/dL					
	赤沈（1時間値）：（ ）mm/h		CRP：（ ）mg/dL						
	抗核抗体：（ ）倍・未実施		染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他]						
	染色型（その他）：（ ）								
尿検査	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：（ ）倍・未実施		抗SS-A／Ro抗体：EIA法：（ ）U/mL・未実施						
	抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：（ ）倍・未実施		抗SS-B／La抗体：EIA法：（ ）U/mL・未実施						
	リウマトイド因子（定量）：（ ）IU/mL・未実施		血清ハプトグロビン：（ ）mg/dL・未実施						
	自己抗体（その他）：（ ）								
	ムンプスIgG（EIA）：（ ）・未実施		ムンプスIgM（EIA）：（ ）・未実施						
	HBs抗原：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		HBe抗原：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		HBs抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]				
	HBc抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		HBe抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]						
	HCV抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		HTLV-1抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		HIV抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]				
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		尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]						
唾液腺・ 涙腺分泌検査	シルマーテスト：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日						
	シルマーテスト（右眼）：（ ）mm/5分		シルマーテスト（左眼）：（ ）mm/5分						
	ローズベンガルテスト：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日						
	van Bijsterveldスコア（右眼）：（ ）点		van Bijsterveldスコア（左眼）：（ ）点						
	蛍光色素試験：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日						
	蛍光色素試験（右）：[陰性 ・ 陽性]		蛍光色素試験（左）：[陰性 ・ 陽性]						
	ACR／SICCAスコア：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日						
	ACR／SICCAスコア（右）：（ ）点		ACR／SICCAスコア（左）：（ ）点						
唾液自然分泌量	唾液自然分泌量：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日		唾液自然分泌量（結果）：（ ）mL/15分				
	サクソントテスト：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日		サクソントテスト（結果）：（ ）g/2分				
	ガムテスト：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日		ガムテスト（結果）：（ ）mL/10分				
病理検査	皮膚生検：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日		皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]				
	その他所見：（ ）								
	口唇・小唾液腺生検：[未実施 ・ 細胞浸潤なし ・ 細胞浸潤あり]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日						
	細胞浸潤の程度：[1 focus 未満/4mm2 ・ 1 focus 以上/4mm2]		フォーカススコア：（ ）						
生検（その他）	生検（その他）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日						
	部位：（ ）								
	所見：（ ）								
画像検査	シアログラフィ（耳下腺）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日		Rubin-Holt分類 Stage：[0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4]				
	方法：[X線 ・ MRI]								
	シンチグラフィ（唾液腺）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日						
	部位：（ ）								
取り込み低下	取り込み低下：[なし ・ あり]		酸刺激での分泌低下：[なし ・ あり]						
	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	リンパ球：（ ）%	網赤血球：（ ）%	ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL					
	血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL	血清総ビリルビン（T-Bil）：（ ）mg/dL		血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ ）mg/dL					
	AST：（ ）U/L	ALT：（ ）U/L	LDH：（ ）U/L	血清アミラーゼ：（ ）U/L					
	血清アミラーゼアイソザイム（膵由来）：（ ）%・未実施		血清アミラーゼアイソザイム（唾液腺由来）：（ ）%・未実施						
	BUN：（ ）mg/dL	血清クレアチニン：（ ）mg/dL	血清IgG：（ ）mg/dL	IgG4：（ ）mg/dL					
	赤沈（1時間値）：（ ）mm/h		CRP：（ ）mg/dL						
	抗核抗体：（ ）倍・未実施		染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他]						
	染色型（その他）：（ ）								
尿検査	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：（ ）倍・未実施		抗SS-A／Ro抗体：EIA法：（ ）U/mL・未実施						
	抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：（ ）倍・未実施		抗SS-B／La抗体：EIA法：（ ）U/mL・未実施						
	リウマトイド因子（定量）：（ ）IU/mL・未実施		血清ハプトグロビン：（ ）mg/dL・未実施						
	自己抗体（その他）：（ ）								
	ムンプスIgG（EIA）：（ ）・未実施		ムンプスIgM（EIA）：（ ）・未実施						
	HBs抗原：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		HBe抗原：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		HBs抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]				
	HBc抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		HBe抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]						
	HCV抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		HTLV-1抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		HIV抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]				
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		尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]						
唾液腺・ 涙腺分泌検査	シルマーテスト：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日						
	シルマーテスト（右眼）：（ ）mm/5分		シルマーテスト（左眼）：（ ）mm/5分						

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		※		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	
唾液腺・ 涙腺分泌検査	ローズベンガルテスト：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		実施日：(年 月 日)		van Bijsterveldスコア (右眼)：() 点		van Bijsterveldスコア (左眼)：() 点		
	蛍光色素試験：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		蛍光色素試験 (右)：[陰性 ・ 陽性]		蛍光色素試験 (左)：[陰性 ・ 陽性]		
	ACR／SICCAスコア：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		ACR／SICCAスコア (右)：() 点		ACR／SICCAスコア (左)：() 点		
	唾液自然分泌量：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		唾液自然分泌量 (結果)：() mL/15分				
	サクソンテスト：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		サクソンテスト (結果)：() g/2分				
	ガムテスト：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		ガムテスト (結果)：() mL/10分				
病理検査	皮膚生検：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]		その他所見：()		
	口唇・小唾液腺生検：[未実施 ・ 細胞浸潤なし ・ 細胞浸潤あり]		実施日：(年 月 日)		細胞浸潤の程度：[1 focus 未満/4mm2 ・ 1 focus以上/4mm2]		フォーカススコア：()		
	生検 (その他)：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		部位：()		所見：()		
画像検査	シアログラフィ (耳下腺)：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		Rubin-Holt分類 Stage：[0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4]		方法：[X線 ・ MRI]		
	シンチグラフィ (唾液腺)：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		部位：()		取り込み低下：[なし ・ あり] 酸刺激での分泌低下：[なし ・ あり] 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：()						
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]		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]				
	人工唾液：[なし ・ あり]								
	唾液分泌促進薬：セビメリン：[なし ・ あり]		ピロカルピン：[なし ・ あり]		プロムヘキシン：[なし ・ あり]				
	漢方薬：[なし ・ あり]								
	点眼薬：ヒアルロン酸：[なし ・ あり]		ジクアスホル：[なし ・ あり]		レバミピド：[なし ・ あり]				
	人工涙液：[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 ()					

告示番号		6		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		5 抗リン脂質抗体症候群								受付種別		☐ 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		肥満度				%	
				年		月				日		年									
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		溶血性貧血：[なし ・ あり] 血小板減少症 (10万未満)：[なし ・ あり]																	
		呼吸器・ 循環器		肺塞栓症：[なし ・ あり] 診断方法：()																	
				動脈血栓症：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()																	
				静脈血栓症：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()																	
				血栓性微小血管障害：[なし ・ あり] 部位：() 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		溶血性貧血：[なし ・ あり] 血小板減少症 (10万未満)：[なし ・ あり]																	
		呼吸器・ 循環器		肺塞栓症：[なし ・ あり] 診断方法：()																	
				動脈血栓症：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()																	
				静脈血栓症：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()																	
				血栓性微小血管障害：[なし ・ あり] 部位：() 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)：()g/dL 実施日：(年 月 日) 血小板数：()×10 ⁴ /μL 実施日：(年 月 日)																			
		網赤血球：()‰ PT：()秒 PT：()% PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施																			
		血清間接ビリルビン：()mg/dL																			
		C3：()mg/dL C4：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施																			
		ループスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 血清梅毒反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	6	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	
血液検査	抗カルジオリピン抗体（IgG）：1回目：（ ）U/mL・未実施 抗カルジオリピン抗体（IgG）：2回目：（ ）U/mL・未実施 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日					
	抗カルジオリピン抗体（IgM）：1回目：（ ）U/mL・未実施 抗カルジオリピン抗体（IgM）：2回目：（ ）U/mL・未実施 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日					
	抗カルジオリピン・β ₂ GP1複合体抗体：1回目：（ ）U/mL・未実施 抗カルジオリピン・β ₂ GP1複合体抗体：2回目：（ ）U/mL・未実施 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日					
	抗β ₂ GP1抗体：1回目：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗β ₂ GP1抗体：2回目：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日					
	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：（ ）						
血管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 部位：（ ） 所見：（ ）						
核医学検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 部位：（ ） 所見：（ ）						
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）：（ ）g/dL 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日					
	網赤血球：（ ）% PT：（ ）秒 PT：（ ）% PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 D-dimer：（ ）μg/mL・未実施 FDP：（ ）μg/mL・未実施 血清間接ビリルビン：（ ）mg/dL C3：（ ）mg/dL C4：（ ）mg/dL CH50：（ ）U/mL・未実施 ループスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 血清梅毒反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]					
	抗カルジオリピン抗体（IgG）：（ ）U/mL・未実施 抗カルジオリピン抗体（IgM）：（ ）U/mL・未実施 抗カルジオリピン・β ₂ GP1複合体抗体：（ ）U/mL・未実施 抗β ₂ GP1抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]					
	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：（ ）						
血管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 部位：（ ） 所見：（ ）						
核医学検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 部位：（ ） 所見：（ ）						
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：（ ）					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	抗凝固薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり]					
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 （ ）				

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		☐ 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		肥満度				%			
				年		月				日		年										月	
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()

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]	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：()
------	------------------------------

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	(		)

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		☐ 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 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：()										
	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]
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：（ ）
	CT検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ ）年（ ）月（ ）日	部位：（ ）
	MRI検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ ）年（ ）月（ ）日	部位：（ ）
	MRA検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ ）年（ ）月（ ）日	部位：（ ）
	血管造影：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ ）年（ ）月（ ）日	部位：（ ）
	PET検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ ）年（ ）月（ ）日	部位：（ ）
	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]		
薬物療法	経過（その他）：（ ）		
	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]
リハビリテーション	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]
	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]	
カテーテル治療	詳細：（ ）		
	カテーテル治療：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ ）年（ ）月（ ）日	
	部位：（ ）		
手術	術式：（ ）		
	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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）		
	(印)		

告示番号		5		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		8 多発血管炎性肉芽腫症								受付種別		☐ 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		5		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	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	5	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（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 経過：[軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他]														
	症状の進行性：[なし ・ あり]														
	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]														
カテーテル治療	詳細：()														
	カテーテル治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)														
	部位：()														
手術	術式：()														
	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 ()															

告示番号		1		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		9 結節性多発血管炎(結節性多発動脈炎)								受付種別		☐ 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]		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	リペダー: [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: [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													
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)					
	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	リペダー: [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): ()													

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		1		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	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	1	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：(									
画像検査	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：(									
画像検査	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：(										
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]		大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]							
	合併症 (その他)：(									
重症度分類	重症度 (結節性多発動脈炎)：[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：(
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 (							

告示番号		2		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		10 顕微鏡的多発血管炎						受付種別		☐ 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]		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	リパドー: [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: [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													
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]		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	リパドー: [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): ()													

受給者番号（		患者氏名（					
告示番号		2		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	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	2	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] 合併症（その他）：()					
重症度分類	重症度（顕微鏡的多発血管炎）：[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 ()						

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		☐ 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]		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	リパドー: [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: [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													
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]		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	リパドー: [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): ()												

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 ()						

告示番号		12		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		12 再発性多発軟骨炎							受付種別		☐ 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													
診断		確定診断の要件 (再発性多発軟骨炎) : () ① 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち2つの証明された炎症所見 () ② 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち1つの証明された炎症所見 + 眼病変、難聴・前庭障害、血清反応陰性関節炎のうちの2つの所見 () ③ ②の6つの症状のうち1所見 + 同部の組織陽性所見 ※軟骨の変性 (好塩基性低下、弾性線維と膠原線維の変性・断裂、線維化、石灰化) および炎症細胞浸潤など本症に合致した所見であること											
症状	筋・骨格	血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	紫斑 : [なし ・ あり]											
	眼	ぶどう膜炎 : [なし ・ あり] 網膜血管炎 : [なし ・ あり] 強膜炎 : [なし ・ あり] 結膜炎 : [なし ・ あり] 角膜炎・角膜潰瘍 : [なし ・ あり] 視力障害 : [なし ・ あり] 眼症状 (その他) : ()											
	耳鼻咽喉	嚥声 : [なし ・ あり] 鼻軟骨炎 : [なし ・ あり] 耳介軟骨の炎症、変形 : [なし ・ あり] 伝音性難聴 (外耳道変形による) : [なし ・ あり] 感音性難聴 : [なし ・ あり] めまい : [なし ・ あり] 前庭障害 (その他) : ()											
	呼吸器・循環器	咳嗽 : [なし ・ あり] 喘鳴 : [なし ・ あり] 気管切開 : [なし ・ あり] 呼吸困難 : [なし ・ あり] 大動脈弁閉鎖不全 : [なし ・ あり] 僧帽弁閉鎖不全 : [なし ・ あり] 僧帽弁逸脱 : [なし ・ あり] 大動脈瘤 : [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他) : ()											
	消化器	悪心 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	運動失調 : [なし ・ あり ・ 不明]											
	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	血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	紫斑 : [なし ・ あり]											
	眼	ぶどう膜炎 : [なし ・ あり] 網膜血管炎 : [なし ・ あり] 強膜炎 : [なし ・ あり] 結膜炎 : [なし ・ あり] 角膜炎・角膜潰瘍 : [なし ・ あり] 視力障害 : [なし ・ あり] 眼症状 (その他) : ()											
	耳鼻咽喉	嚥声 : [なし ・ あり] 鼻軟骨炎 : [なし ・ あり] 耳介軟骨の炎症、変形 : [なし ・ あり] 伝音性難聴 (外耳道変形による) : [なし ・ あり] 感音性難聴 : [なし ・ あり] めまい : [なし ・ あり] 前庭障害 (その他) : ()											
	呼吸器・循環器	咳嗽 : [なし ・ あり] 喘鳴 : [なし ・ あり] 気管切開 : [なし ・ あり] 呼吸困難 : [なし ・ あり] 大動脈弁閉鎖不全 : [なし ・ あり] 僧帽弁閉鎖不全 : [なし ・ あり] 僧帽弁逸脱 : [なし ・ あり] 大動脈瘤 : [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他) : ()											
	消化器	悪心 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	運動失調 : [なし ・ あり ・ 不明]											
	その他	症状 (その他) : ()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	12	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		ヘマトクリット（Ht）：()%				
	血小板数：()×10 ⁴ /μL		血清クレアチニン：()mg/dL		赤沈（1時間値）：()mm/h				
	CRP：()mg/dL		抗核抗体：()倍・未実施		リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施				
	MMP-3：()ng/mL・未実施		抗CCP抗体：()U/mL・未実施						
尿検査	血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]				蛋白尿：[なし ・ あり]				
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
	部位：()								
	所見：()								
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		ヘマトクリット（Ht）：()%				
	血小板数：()×10 ⁴ /μL		血清クレアチニン：()mg/dL		赤沈（1時間値）：()mm/h				
	CRP：()mg/dL		抗核抗体：()倍・未実施		リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施				
	MMP-3：()ng/mL・未実施		抗CCP抗体：()U/mL・未実施						
尿検査	血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]				蛋白尿：[なし ・ あり]				
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
	部位：()								
	所見：()								
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	他の膠原病の合併：[なし ・ あり]								
	合併疾患名：()								
	腎疾患の合併：[なし ・ あり]								
合併疾患名：()									
合併症（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]		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]								
治療	詳細：()								
	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			()		

告示番号		24		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		13 強皮症							受付種別		☐ 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								
												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	皮膚・粘膜	スキンスコア値 (total skin thickness score) : () ・ 未実施																
		皮膚硬化 (体幹) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (上腕) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (前腕) : [なし ・ あり]								
		皮膚硬化 (手背) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (手指) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (足趾) : [なし ・ あり]								
		皮膚硬化 (足背) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (下腿) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (大腿) : [なし ・ あり]								
	レイノー現象 : [なし ・ あり]												手指先端部の虫食い状瘢痕 : [なし ・ あり]		爪上皮内出血点 : [なし ・ あり]		()	
	皮膚・粘膜症状 (その他) : ()																	
呼吸器・循環器	息切れ : [なし ・ あり]				動悸 : [なし ・ あり]				両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [なし ・ あり]				()					
循環器・呼吸器症状 (その他) : ()																		
消化器	胸やけ : [なし ・ あり]				胃食道逆流症 : [なし ・ あり]				食物のつかえ : [なし ・ あり]				()					
消化器症状 (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	皮膚・粘膜	スキンスコア値 (total skin thickness score) : () ・ 未実施																
		皮膚硬化 (体幹) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (上腕) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (前腕) : [なし ・ あり]								
		皮膚硬化 (手背) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (手指) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (足趾) : [なし ・ あり]								
		皮膚硬化 (足背) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (下腿) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (大腿) : [なし ・ あり]								
	レイノー現象 : [なし ・ あり]												手指先端部の虫食い状瘢痕 : [なし ・ あり]		爪上皮内出血点 : [なし ・ あり]		()	
	皮膚・粘膜症状 (その他) : ()																	
呼吸器・循環器	息切れ : [なし ・ あり]				動悸 : [なし ・ あり]				両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [なし ・ あり]				()					
循環器・呼吸器症状 (その他) : ()																		
消化器	胸やけ : [なし ・ あり]				胃食道逆流症 : [なし ・ あり]				食物のつかえ : [なし ・ あり]				()					
消化器症状 (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		抗核抗体 : ()倍・未実施 抗セントロメア抗体 : ()U/mL・未実施 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 筋炎特異的抗体 (その他) : ()																
		抗Scl-70抗体 : ()U/mL・未実施				抗RNP (U1-RNP) 抗体 : ()U/mL・未実施												
病理検査		皮膚生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)										前腕伸側硬化 : [なし ・ あり]		()				
所見 : ()																		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																		
血液検査		抗核抗体 : ()倍・未実施 抗セントロメア抗体 : ()U/mL・未実施 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 筋炎特異的抗体 (その他) : ()																
		抗Scl-70抗体 : ()U/mL・未実施				抗RNP (U1-RNP) 抗体 : ()U/mL・未実施												

受給者番号() 患者氏名()

[illegible]

告示番号		25		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		14 混合性結合組織病							受付種別		☐ 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													
診断		中核的所見		レイノー現象：[なし ・ あり] 抗RNP (U1-RNP) 抗体：[陰性 ・ 陽性]									
		臨床および検査所見		手指の腫脹・浮腫：[なし ・ あり] 顔面紅斑：[なし ・ あり] 関節炎：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 筋炎所見(筋原酵素上昇、筋電図所見、生検所見のいずれか)：[なし ・ あり] 高ガンマグロブリン血症 (血清分画の20%以上)：[なし ・ あり] リウマトイド因子：[陰性 ・ 陽性] 白血球数減少 (<4000／μL) または血小板数減少 (<100,000／μL未満)：[なし ・ あり]									
		他の疾患との鑑別		全身性エリテマトーデス：[満たさない ・ 満たす] 強皮症：[満たさない ・ 満たす] 皮膚筋炎／多発性筋炎：[満たさない ・ 満たす] 若年性特発性関節炎：[満たさない ・ 満たす]									
症状		全身		リンパ節腫脹：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		多発関節炎：[なし ・ あり] 筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()									
		皮膚・粘膜		手指または手背の腫脹：[なし ・ あり] 顔面紅斑：[なし ・ あり] 近位部の皮膚硬化：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (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] 肺高血圧症：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他)：()									
		消化器		食道蠕動低下または拡張：[なし ・ あり] 消化器症状 (その他)：()									
		精神・神経		中枢神経症状：[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		全身		リンパ節腫脹：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		多発関節炎：[なし ・ あり] 筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()									
		皮膚・粘膜		手指または手背の腫脹：[なし ・ あり] 顔面紅斑：[なし ・ あり] 近位部の皮膚硬化：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (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] 肺高血圧症：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他)：()									
		消化器		食道蠕動低下または拡張：[なし ・ あり] 消化器症状 (その他)：()									
		精神・神経		中枢神経症状：[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	25	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	CK：これまでの最高値：（）U/L 血清IgG：（）mg/dL		アルドラーゼ：これまでの最高値：（）U/L 赤沈（1時間値）：（）mm/h CRP：（）mg/dL		
	抗核抗体：（）倍・未実施 染色型（その他）：（）		染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他]		
	リウマトイド因子（定量）：（）IU/mL・未実施 抗dsDNA抗体：（）IU/mL・未実施 筋炎特異的抗体（その他）：（）		抗Scl-70抗体：（）U/mL・未実施 抗Srn抗体：（）U/mL・未実施 抗セントロメア抗体：（）U/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：（）U/mL・未実施		
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿中蛋白量：（）mg/dL		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		
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） INS／RPS分類（Class）：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI]				
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（） 所見：（）				
生理機能検査	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） DLco：（）mL/min/mmHg				
画像検査	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（） 所見：（）				
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載					
血液検査	CK：これまでの最高値：（）U/L 血清IgG：（）mg/dL		アルドラーゼ：これまでの最高値：（）U/L 赤沈（1時間値）：（）mm/h CRP：（）mg/dL		
	抗核抗体：（）倍・未実施 染色型（その他）：（）		染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他]		
	リウマトイド因子（定量）：（）IU/mL・未実施 抗dsDNA抗体：（）IU/mL・未実施 筋炎特異的抗体（その他）：（）		抗Scl-70抗体：（）U/mL・未実施 抗Srn抗体：（）U/mL・未実施 抗セントロメア抗体：（）U/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：（）U/mL・未実施		
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿中蛋白量：（）mg/dL		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		
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） INS／RPS分類（Class）：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI]				
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（） 所見：（）				
生理機能検査	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） DLco：（）mL/min/mmHg				
画像検査	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（） 所見：（）				
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載					
合併症	逆流性食道炎：[なし ・ あり] 合併症（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] 免疫抑制薬：[なし ・ あり]		ステロイド薬：[なし ・ あり] 循環改善薬：[なし ・ あり]		ステロイドパルス療法：[なし ・ あり]
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)			

告示番号		14		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		15 家族性地中海熱							受付種別		☐ 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		コルヒチンに対する反応性：[なし ・ あり]											
基本情報		発症年齢：()歳											
診断		必須項目		発熱：12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す：[なし ・ あり] 持続時間：1回目：() 時間 持続時間：2回目：() 時間 持続時間：3回目：() 時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める：[なし ・ あり] 発作間歇期にはこれらが消失する：[なし ・ あり]									
				補助項目		非限局性の腹膜炎による腹痛：[なし ・ あり] 胸膜炎による胸背部痛：[なし ・ あり] 関節炎：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり] 精巣漿膜炎：[なし ・ あり] 髄膜炎による頭痛：[なし ・ あり] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減：[なし ・ あり]							
症状 (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		コルヒチンに対する反応性：[なし ・ あり]											
診断		必須項目		発熱：12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す：[なし ・ あり] 持続時間：1回目：() 時間 持続時間：2回目：() 時間 持続時間：3回目：() 時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める：[なし ・ あり] 発作間歇期にはこれらが消失する：[なし ・ あり]									
				補助項目		非限局性の腹膜炎による腹痛：[なし ・ あり] 胸膜炎による胸背部痛：[なし ・ あり] 関節炎：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり] 精巣漿膜炎：[なし ・ あり] 髄膜炎による頭痛：[なし ・ あり] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減：[なし ・ あり]							
症状 (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		赤沈 (1時間値)：発作時：()mm/h CRP：発作時：()mg/dL 血清アミロイドA：発作時：()μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：()ng/mL・未実施						赤沈 (1時間値)：非発作時：()mm/h CRP：非発作時：()mg/dL 血清アミロイドA：非発作時：()μg/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：()ng/mL・未実施					
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) MEFV遺伝子異常：[なし ・ あり] Exon 10 の変異 (M694I, M680I, M694V, V726A：ヘテロ変異を含む)：[なし ・ あり] Exon 10 以外の変異 (E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C等：ヘテロの変異を含む)：[なし ・ あり]											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		赤沈 (1時間値)：発作時：()mm/h CRP：発作時：()mg/dL 血清アミロイドA：発作時：()μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：()ng/mL・未実施						赤沈 (1時間値)：非発作時：()mm/h CRP：非発作時：()mg/dL 血清アミロイドA：非発作時：()μg/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：()ng/mL・未実施					
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) MEFV遺伝子異常：[なし ・ あり] Exon 10 の変異 (M694I, M680I, M694V, V726A：ヘテロ変異を含む)：[なし ・ あり] Exon 10 以外の変異 (E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C等：ヘテロの変異を含む)：[なし ・ あり]											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		14		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	
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]				コルチヒン：[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)	
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 (						)			

告示番号		16		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		16 クリオピリン関連周期熱症候群							受付種別		☐ 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		病型分類 (クリオピリン関連周期熱症候群) : [CINCA 症候群 ・ マックル・ウェルズ症候群 ・ 家族性寒冷自己炎症症候群]											
基本情報		発症年齢 : () 歳											
症 状	全身	初発症状 : ()											
		低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
		発熱 : [なし ・ あり] 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 : ()											
		漿膜炎 : [なし ・ あり] 部位 : ()											
		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] 発症間隔 : [発熱発作時のみ ・ 持続的]										
			関節痛 : [なし ・ あり] 発症間隔 : [発熱発作時のみ ・ 持続的]										
			関節熱感 : [なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的]										
			骨幹端過形成 : [なし ・ あり] 部位 : ()										
		皮膚・粘膜	蕁麻疹様皮疹 : [なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的] 皮疹 (その他) : ()										
			眼	結膜炎 : [なし ・ あり] 発症間隔 : [発熱発作時のみ ・ 持続的] ぶどう膜炎 : [なし ・ あり] 視神経乳頭浮腫 : [なし ・ あり]									
	耳鼻咽喉			感受性難聴 : [なし ・ あり]									
	消化器		嘔吐 : [なし ・ あり] 炎症性腸疾患 : [なし ・ あり]										
	精神・神経	頭痛 : [なし ・ あり] 頭痛 : 発症間隔 : [発熱発作時のみ ・ 持続的] 無菌性髄膜炎 : [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] 移動障害 : [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり] 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											
	病型		病型分類 (クリオピリン関連周期熱症候群) : [CINCA 症候群 ・ マックル・ウェルズ症候群 ・ 家族性寒冷自己炎症症候群]										
症 状	全身	初発症状 : ()											
		低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
		発熱 : [なし ・ あり] 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 : ()											
		漿膜炎 : [なし ・ あり] 部位 : ()											
		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) : ()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		16		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		
症状	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 発症間隔：[発熱発作時のみ ・ 持続的]								
		関節痛：[なし ・ あり] 発症間隔：[発熱発作時のみ ・ 持続的]								
		関節熱感：[なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的]								
		骨幹端過形成：[なし ・ あり] 部位：()								
	皮膚・粘膜	蕁麻疹様皮疹：[なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的]								
		皮疹（その他）：()								
	眼	結膜炎：[なし ・ あり] 発症間隔：[発熱発作時のみ ・ 持続的]								
		ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 視神経乳頭浮腫：[なし ・ あり]								
	耳鼻咽喉	感受性難聴：[なし ・ あり]								
	消化器	嘔吐：[なし ・ あり] 炎症性腸疾患：[なし ・ あり]								
精神・神経	頭痛：[なし ・ あり] 頭痛：発症間隔：[発熱発作時のみ ・ 持続的] 無菌性髄膜炎：[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]									
	移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり]									
	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	赤沈（1時間値）：これまでの最高値：()mm/h				赤沈（1時間値）：これまでの最低値：()mm/h					
	CRP：これまでの最高値：()mg/dL				CRP：これまでの最低値：()mg/dL					
	血清アミロイドA：これまでの最高値：()μg/mL・未実施				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：これまでの最高値：()ng/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					
	自己抗体（その他）：()									
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：()									
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)				NLRP3疾患関連変異：[なし ・ あり]					
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	赤沈（1時間値）：これまでの最高値：()mm/h				赤沈（1時間値）：これまでの最低値：()mm/h					
	CRP：これまでの最高値：()mg/dL				CRP：これまでの最低値：()mg/dL					
	血清アミロイドA：これまでの最高値：()μg/mL・未実施				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：これまでの最高値：()ng/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					
	自己抗体（その他）：()									
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：()									
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)				NLRP3疾患関連変異：[なし ・ あり]					
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：()					
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]	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]		コルチヒン：[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]			
	カナキマブ：[なし ・ あり]				カナキマブ：1回投与量：()mg		カナキマブ：体重当たり1回投与量：()mg/kg			
	カナキマブ：投与間隔：()週間間隔									
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 ()										

告示番号		18		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		17 TNF 受容体関連周期性症候群								受付種別		☐ 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																					
基本情報		発症年齢：()歳																			
症状	全身	発熱 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 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																			
		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	筋痛：[なし ・ あり] 部位：()																			
		筋膜炎：[なし ・ あり] 部位：()																			
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()																			
	眼	結膜炎：[なし ・ あり] 詳細：()																			
		眼窩周囲浮腫：[なし ・ あり] 詳細：()																			
	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]																			
消化器	腹痛：[なし ・ あり] 部位：()																				
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 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 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																			
		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	筋痛：[なし ・ あり] 部位：()																			
		筋膜炎：[なし ・ あり] 部位：()																			
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()																			
	眼	結膜炎：[なし ・ あり] 詳細：()																			
眼窩周囲浮腫：[なし ・ あり] 詳細：()																					

受給者番号() 患者氏名()

告示番号

18

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

症状	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]										
	消化器	腹痛：[なし ・ あり] 部位：()										
	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	フェリチン：これまでの最高値：()ng/mL・未実施					フェリチン：これまでの最低値：()ng/mL・未実施						
	赤沈（1時間値）：これまでの最高値：()mm/h					赤沈（1時間値）：これまでの最低値：()mm/h						
	CRP：これまでの最高値：()mg/dL					CRP：これまでの最低値：()mg/dL						
	血清アミロイドA：これまでの最高値：()μg/mL・未実施					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：これまでの最高値：()ng/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						
	TNF-alpha：これまでの最高値：()pg/mL・未実施					TNF-alpha：これまでの最低値：()pg/mL・未実施						
病理検査	リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施					抗CCP抗体：()U/mL・未実施						
	自己抗体（その他）：()											
遺伝学的検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
	部位：()											
	所見：()											
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					TNFRSF1A疾患関連変異：[なし ・ あり]						
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	フェリチン：これまでの最高値：()ng/mL・未実施					フェリチン：これまでの最低値：()ng/mL・未実施						
	赤沈（1時間値）：これまでの最高値：()mm/h					赤沈（1時間値）：これまでの最低値：()mm/h						
	CRP：これまでの最高値：()mg/dL					CRP：これまでの最低値：()mg/dL						
	血清アミロイドA：これまでの最高値：()μg/mL・未実施					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：これまでの最高値：()ng/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						
	TNF-alpha：これまでの最高値：()pg/mL・未実施					TNF-alpha：これまでの最低値：()pg/mL・未実施						
病理検査	リウマトイド因子（定量）：()IU/mL・未実施					抗CCP抗体：()U/mL・未実施						
	自己抗体（その他）：()											
遺伝学的検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
	部位：()											
	所見：()											
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					TNFRSF1A疾患関連変異：[なし ・ あり]						
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]					メトトレキサート：[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]						
	抗リウマチ薬（その他）：()											
	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 ()												

告示番号		20		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		18 ブラウ（Blau）症候群／若年発症サルコイドーシス							受付種別		☐ 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	発熱 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 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													
		血管炎：[なし ・ あり]													
		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] 関節の囊腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり] 屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり] 骨髓炎：[なし ・ あり] 部位：() 筋・骨格症状 (その他)：()												
			皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：() 皮疹出現や増悪の契機：[なし ・ あり] 詳細：()											
	眼			ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 視力低下：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()											
				消化器	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	低ガンマグロブリン血症：[なし ・ あり] 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 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 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												
			血管炎：[なし ・ あり]												
			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] 関節の囊腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり] 屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり] 骨髓炎：[なし ・ あり] 部位：() 筋・骨格症状 (その他)：()											
				皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：() 皮疹出現や増悪の契機：[なし ・ あり] 詳細：()										
		眼			ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 視力低下：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()										
					消化器	炎症性腸疾患：[なし ・ あり]									

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		20		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	
症状	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：（ ）									
	その他	低ガンマグロブリン血症：[なし ・ あり] 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		血清IgG：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：（ ）μg/mL・未実施 自己抗体（その他）：（ ）				赤沈（1時間値）：（ ）mm/h MMP-3：（ ）ng/mL・未実施		CRP：（ ）mg/dL			
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（関節）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 関節液貯留：[なし ・ あり] 関節滑膜肥厚：[なし ・ あり] 付着部肥厚：[なし ・ あり] 腱鞘滑膜炎：[なし ・ あり] 異常パワードブラ（関節内）：[なし ・ あり] 異常パワードブラ（付着部）：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ ）									
		超音波検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）									
眼科学的検査		視力検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 右（裸眼）：（ ） 左（裸眼）：（ ） 右（矯正後）：（ ） 左（矯正後）：（ ）									
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：（ ）				NOD2遺伝子異常：[なし ・ あり]					
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		血清IgG：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：（ ）μg/mL・未実施 自己抗体（その他）：（ ）				赤沈（1時間値）：（ ）mm/h MMP-3：（ ）ng/mL・未実施		CRP：（ ）mg/dL			
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（関節）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 関節液貯留：[なし ・ あり] 関節滑膜肥厚：[なし ・ あり] 付着部肥厚：[なし ・ あり] 腱鞘滑膜炎：[なし ・ あり] 異常パワードブラ（関節内）：[なし ・ あり] 異常パワードブラ（付着部）：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ ）									
		超音波検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）									
眼科学的検査		視力検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 右（裸眼）：（ ） 左（裸眼）：（ ） 右（矯正後）：（ ） 左（矯正後）：（ ）									
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：（ ）				NOD2遺伝子異常：[なし ・ あり]					
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] コルチヒン：[なし ・ あり] 免疫調整薬：[なし ・ あり] メトトレキサート：[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 医療機関住所						記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）					
						(印)					

病名	19 中條・西村症候群										受付種別		☐ 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												
		寒冷誘発炎症：[なし ・ あり] 詳細：()												
	筋・骨格	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]												
		筋力低下：[なし ・ あり] 部位：()												
		筋・骨格症状 (その他)：()												
	皮膚・粘膜	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]												
		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												
		寒冷誘発炎症：[なし ・ あり] 詳細：()												
	筋・骨格	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]												
		筋力低下：[なし ・ あり] 部位：()												
筋・骨格症状 (その他)：()														
皮膚・粘膜	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 : [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] 水痘 : [未実施 ・ 実施 ・ 不明] その他 : ()		麻疹 : [未実施 ・ 実施 ・ 不明] ムンプス : [未実施 ・ 実施 ・ 不明]		風疹 : [未実施 ・ 実施 ・ 不明] ロタウイルス : [未実施 ・ 実施 ・ 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] 強心薬 : [なし ・ あり]				ステロイド薬 : [なし ・ あり] 利尿薬 : [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]					
		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)											

告示番号		17		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		20 高IgD症候群（メバロン酸キナーゼ欠損症）							受付種別		☐ 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													
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											
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 部位：()											
		漿膜炎：[なし ・ あり] 部位：()											
		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]											
		関節の嚢腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の嚢腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり]											
		屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	口内炎：[なし ・ あり]											
		皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()											
	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] 腹痛：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 嘔吐：[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											
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 部位：()											
		漿膜炎：[なし ・ あり] 部位：()											
		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]											
		関節の嚢腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の嚢腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり]											
		屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	口内炎：[なし ・ あり]											
		皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()											
眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()												

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		17	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
症状	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 嘔吐：[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	血清IgD：（ ）mg/dL・未実施 メパロン酸キナーゼ活性：判定：[正常 ・ 低下 ・ 未実施] メパロン酸キナーゼ活性：（ ）%								
	赤沈（1時間値）：発作時：（ ）mm/h 赤沈（1時間値）：非発作時：（ ）mm/h CRP：発作時：（ ）mg/dL CRP：非発作時：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：発作時：（ ）μg/mL・未実施 血清アミロイドA：非発作時：（ ）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：（ ）ng/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：（ ）ng/mL・未実施								
尿検査	尿中メパロン酸：[正常 ・ 増加 ・ 未実施] 尿中メパロン酸（測定値）：（ ）μg/mg・Cr								
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） MVK 遺伝子異常：[なし ・ あり] MVK 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	血清IgD：（ ）mg/dL・未実施 メパロン酸キナーゼ活性：判定：[正常 ・ 低下 ・ 未実施] メパロン酸キナーゼ活性：（ ）%								
	赤沈（1時間値）：発作時：（ ）mm/h 赤沈（1時間値）：非発作時：（ ）mm/h CRP：発作時：（ ）mg/dL CRP：非発作時：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：発作時：（ ）μg/mL・未実施 血清アミロイドA：非発作時：（ ）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：（ ）ng/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：（ ）ng/mL・未実施								
尿検査	尿中メパロン酸：[正常 ・ 増加 ・ 未実施] 尿中メパロン酸（測定値）：（ ）μg/mg・Cr								
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） MVK 遺伝子異常：[なし ・ あり] MVK 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）：（ ）								
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（ ）									

告示番号		15		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		21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アフネ症候群							受付種別		☐ 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	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											
		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	関節痛：[なし ・ あり]											
		関節腫脹：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡：[なし ・ あり] □内炎：[なし ・ あり] 注射部位の膿瘍形成：[なし ・ あり]											
		嚢胞性ざ瘡：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
		壊疽性膿皮症：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()											
	消化器	炎症性腸疾患：[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													
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											
		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	関節痛：[なし ・ あり]											
		関節腫脹：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡：[なし ・ あり] □内炎：[なし ・ あり] 注射部位の膿瘍形成：[なし ・ あり]											
		嚢胞性ざ瘡：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
		壊疽性膿皮症：[なし ・ あり] 発症年齢：()歳 部位：()											
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()											
	消化器	炎症性腸疾患：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		15		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 ヘマトクリット（Ht）：（ ）% 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL 血清IgG：（ ）mg/dL 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h CRP：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：（ ）μg/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		画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 検査名：（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）									
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異：[なし ・ あり] PSTPIP1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		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 ⁴ /μL 血清IgG：（ ）mg/dL 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h CRP：（ ）mg/dL 血清アミロイドA：（ ）μg/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		画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 検査名：（ ） 部位：（ ） 所見：（ ）									
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異：[なし ・ あり] PSTPIP1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）：（ ）									
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（ ）									

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		☐ 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 ⁴ /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 ⁴ /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			
医療機関住所				年 月 日			
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			
				(印)			

告示番号		13		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		23 インターロイキンⅠ受容体拮抗分子欠損症							受付種別		☐ 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	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											
		血管炎：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節炎：[なし ・ あり] 骨膜炎：[なし ・ あり] 骨髄炎 (細菌性)：[なし ・ あり] 骨髄炎 (無菌性)：[なし ・ あり] 骨痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()											
	皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹：[なし ・ あり] 膿疱性皮疹：[なし ・ あり] 皮疹 (その他)：() 爪変形：[なし ・ あり] □内炎：[なし ・ あり] □腔内潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()											
	眼	結膜炎：[なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	間質性肺炎：[なし ・ あり] 無呼吸発作：[なし ・ あり] 呼吸窮迫：[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													
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											
		血管炎：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節炎：[なし ・ あり] 骨膜炎：[なし ・ あり] 骨髄炎 (細菌性)：[なし ・ あり] 骨髄炎 (無菌性)：[なし ・ あり] 骨痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()											
	皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹：[なし ・ あり] 膿疱性皮疹：[なし ・ あり] 皮疹 (その他)：() 爪変形：[なし ・ あり] □内炎：[なし ・ あり] □腔内潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()											
	眼	結膜炎：[なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	間質性肺炎：[なし ・ あり] 無呼吸発作：[なし ・ あり] 呼吸窮迫：[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 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											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	13	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
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)														
	部位：()														
	培養結果：()														
	所見：()														
画像検査	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)														
	肋骨・鎖骨の肥大：[なし ・ あり] 骨膜反応：[なし ・ あり] 骨融解像：[なし ・ あり] 異所性骨化：[なし ・ あり]														
	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（その他）：()															
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) IL1RN遺伝子の疾患関連変異：[なし ・ あり]														
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 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														
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)														
	部位：()														
	培養結果：()														
	所見：()														
画像検査	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)														
	肋骨・鎖骨の肥大：[なし ・ あり] 骨膜反応：[なし ・ あり] 骨融解像：[なし ・ あり] 異所性骨化：[なし ・ あり]														
	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（その他）：()															
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) IL1RN遺伝子の疾患関連変異：[なし ・ あり]														
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：()														
出生歴	胎児仮死：[なし ・ あり]														
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 ()															

病名	2415から23までに掲げるもののほか、自己炎症性疾患 (具体的な疾病名:)										受付種別	☐ 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		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	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											
		低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり] 先天性赤血球異形成貧血: [なし ・ あり] 血管炎: [なし ・ あり] アミロパクチノーシス: [なし ・ あり] 肉芽腫性病変: [なし ・ あり]											
		易感染性: [なし ・ あり] 部位: () 病原体: ()											
		リンパ節腫脹: [なし ・ あり] 部位: ()											
		漿膜炎: [なし ・ あり] 部位: ()											
		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): ()											
	炎症発作の誘因: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 部位: ()											
		関節痛: [なし ・ あり] 部位: ()											
		関節の機能障害: [なし ・ あり] 部位: ()											
		筋痛: [なし ・ あり] 部位: ()											
		骨格筋障害: [なし ・ あり] 部位: ()											
		骨髓炎: [なし ・ あり] 部位: ()											
		線維性軟骨異形成: [なし ・ あり] 部位: ()											
顎骨の拡大: [なし ・ 上顎 ・ 下顎] 筋・骨格症状 (その他): ()													
皮膚・粘膜	毛包性丘疹: [なし ・ あり] 寒冷蕁麻疹: [なし ・ あり] 網状皮疹: [なし ・ あり] 蕁麻疹様発疹: [なし ・ あり] 尋常性乾癬: [なし ・ あり] 膿疱性乾癬: [なし ・ あり] 慢性毛包炎: [なし ・ あり] □内炎: [なし ・ あり] 多毛症: [なし ・ あり] 掌蹼角化症: [なし ・ あり] 色素過剰症: [なし ・ あり] 皮疹 (その他): ()												
眼	眼症状: [なし ・ あり] 詳細: ()												
耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]												
呼吸器・循環器	心筋障害: [なし ・ あり]												

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		22	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	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 血便：[なし ・ あり] 嘔吐：[なし ・ あり] 肛門膿瘍：[なし ・ あり] 肛門瘻孔：[なし ・ あり] 裂肛：[なし ・ あり]						
		炎症性腸疾患：[なし ・ あり] 部位：()						
	精神・神経	脳梗塞：[なし ・ あり] 機序分類：[出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性] 頭痛：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[なし ・ あり] 神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()						
		その他	低ガンマグロブリン血症：[なし ・ あり] 歯牙異常：[なし ・ あり] 咬合異常：[なし ・ あり] 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						
		低身長（－2.0SD以下）：[なし ・ あり] 先天性赤血球異形成貧血：[なし ・ あり] 血管炎：[なし ・ あり] アミロパグチノーシス：[なし ・ あり] 肉芽腫性病変：[なし ・ あり]						
		易感染性：[なし ・ あり] 部位：() 病原体：()						
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 部位：()						
		漿膜炎：[なし ・ あり] 部位：()						
		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）：()						
		炎症発作の誘因：[なし ・ あり] 詳細：()						
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 部位：()						
		関節痛：[なし ・ あり] 部位：()						
		関節の機能障害：[なし ・ あり] 部位：()						
		筋痛：[なし ・ あり] 部位：()						
		骨格筋障害：[なし ・ あり] 部位：()						
		骨髄炎：[なし ・ あり] 部位：()						
		線維性軟骨異形成：[なし ・ あり] 部位：()						
		顎骨の拡大：[なし ・ 上顎 ・ 下顎] 筋・骨格症状（その他）：()						
	皮膚・粘膜	毛包性丘疹：[なし ・ あり] 寒冷尋麻疹：[なし ・ あり] 網状皮疹：[なし ・ あり] 尋麻疹様発疹：[なし ・ あり] 尋常性乾癬：[なし ・ あり] 膿疱性乾癬：[なし ・ あり] 慢性毛包炎：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 多毛症：[なし ・ あり] 掌跖角化症：[なし ・ あり] 色素過剰症：[なし ・ あり] 皮疹（その他）：()						
		眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()					
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]						
	呼吸器・循環器	心筋障害：[なし ・ あり]						
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 血便：[なし ・ あり] 嘔吐：[なし ・ あり] 肛門膿瘍：[なし ・ あり] 肛門瘻孔：[なし ・ あり] 裂肛：[なし ・ あり] 炎症性腸疾患：[なし ・ あり] 部位：()						
		精神・神経	脳梗塞：[なし ・ あり] 機序分類：[出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性] 頭痛：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[なし ・ あり] 神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()					
	その他		低ガンマグロブリン血症：[なし ・ あり] 歯牙異常：[なし ・ あり] 咬合異常：[なし ・ あり] 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	血清IgG：()mg/dL 赤沈（1時間値）：発作時：()mm/h 赤沈（1時間値）：非発作時：()mm/h CRP：発作時：()mg/dL CRP：非発作時：()mg/dL 血清アミロイドA：発作時：()µg/mL・未実施 血清アミロイドA：非発作時：()µg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：()ng/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：()ng/mL・未実施 自己抗体（その他）：()						

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		22		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	
病理検査		生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
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		血清IgG：()mg/dL 赤沈（1時間値）：発作時：()mm/h 赤沈（1時間値）：非発作時：()mm/h CRP：発作時：()mg/dL CRP：非発作時：()mg/dL 血清アミロイドA：発作時：()μg/mL・未実施 血清アミロイドA：非発作時：()μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：()ng/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：()ng/mL・未実施 自己抗体（その他）：()											
病理検査		生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
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		結節性多発動脈炎：[なし ・ あり] 自己免疫疾患：[なし ・ あり] 合併症（その他）：()											
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 ()											

告示番号		23		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		25 スティーヴンス・ジョンソン (Stevens-Johnson) 症候群										受付種別		☐ 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																									
後遺症		皮膚・粘膜		脱毛: [なし ・ あり] 爪発育不良: [なし ・ あり] 皮膚色素脱失: [なし ・ あり] 皮膚過剰色素沈着: [なし ・ あり] 皮膚瘢痕: [なし ・ あり] 粘膜面の潰瘍化: [なし ・ あり] 包茎: [なし ・ あり] 陰唇癒着: [なし ・ あり] 口腔／食道／気管粘膜潰瘍: [なし ・ あり]																					
				眼		眼瞼癒着: [なし ・ あり] 眼瞼内反: [なし ・ あり] 睫毛乱生: [なし ・ あり] 乾燥性角結膜炎: [なし ・ あり] 兔眼: [なし ・ あり] 角膜潰瘍: [なし ・ あり] 失明: [なし ・ あり]																			
						内分泌・代謝 腺外分泌障害: [なし ・ あり]																			
		その他		後遺症 (その他): (																					
症状		全身		発熱 (38℃以上): [なし ・ あり] 全身倦怠感: [なし ・ あり]																					
		筋・骨格		関節痛: [なし ・ あり]																					
		皮膚・粘膜		多形紅斑: [なし ・ あり] 非典型ターゲット状多形紅斑: [なし ・ あり] 潰瘍: [なし ・ あり] 外陰部びらん: [なし ・ あり] 口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん: [なし ・ あり] 口唇・口腔内に血痂、出血を伴わないびらん: [なし ・ あり] 鼻腔内びらん: [なし ・ あり] びらん: [なし ・ あり] 口唇にのみ血痂、出血を伴うびらん: [なし ・ あり] 全身の水疱: [なし ・ あり] 皮膚粘膜移行部の重篤な病変: [なし ・ あり] 表皮の剥脱: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): (																					
				眼		眼脂: [なし ・ あり] 結膜充血: [なし ・ あり] 両眼の急性結膜炎に伴う偽膜形成: [なし ・ あり] 両眼の急性結膜炎に伴う角結膜上皮欠損: [なし ・ あり] 眼瞼腫脹: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): (																			
						耳鼻咽喉 咽頭痛: [なし ・ あり]																			
						腎・泌尿器		排尿時痛: [なし ・ あり]																	
						消化器		排便時痛: [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																							
日常生活		日常生活の状態: [正常 ・ やや不自由であるが独力で可能 ・ 制限があり部分介助 ・ 全面介助]																							
後遺症		皮膚・粘膜		脱毛: [なし ・ あり] 爪発育不良: [なし ・ あり] 皮膚色素脱失: [なし ・ あり] 皮膚過剰色素沈着: [なし ・ あり] 皮膚瘢痕: [なし ・ あり] 粘膜面の潰瘍化: [なし ・ あり] 包茎: [なし ・ あり] 陰唇癒着: [なし ・ あり] 口腔／食道／気管粘膜潰瘍: [なし ・ あり]																					
				眼		眼瞼癒着: [なし ・ あり] 眼瞼内反: [なし ・ あり] 睫毛乱生: [なし ・ あり] 乾燥性角結膜炎: [なし ・ あり] 兔眼: [なし ・ あり] 角膜潰瘍: [なし ・ あり] 失明: [なし ・ あり]																			
						内分泌・代謝 腺外分泌障害: [なし ・ あり]																			
		その他		後遺症 (その他): (																					

受給者番号（		患者氏名（																																																																																																																											
告示番号		23		膠原病（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉																																																																																																																									
症状	全身	発熱（38℃以上）：[なし ・ あり]		全身倦怠感：[なし ・ あり]																																																																																																																									
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																																																																																																																											
	皮膚・粘膜	多形紅斑：[なし ・ あり] 外陰部びらん：[なし ・ あり] 口唇・口腔内に血痂、出血を伴わないびらん：[なし ・ あり] びらん：[なし ・ あり] 皮膚粘膜移行部の重篤な病変：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（		非典型ターゲット状多形紅斑：[なし ・ あり] 口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん：[なし ・ あり] 口唇にのみ血痂、出血を伴うびらん：[なし ・ あり] 表皮の剥脱：[なし ・ あり] 潰瘍：[なし ・ あり] 鼻腔内びらん：[なし ・ あり] 全身の水疱：[なし ・ あり]																																																																																																																									
	眼	眼脂：[なし ・ あり] 両眼の急性結膜炎に伴う角結膜上皮欠損：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（		結膜充血：[なし ・ あり] 眼瞼腫脹：[なし ・ あり] 両眼の急性結膜炎に伴う偽膜形成：[なし ・ あり]																																																																																																																									
	耳鼻咽喉	咽頭痛：[なし ・ あり]																																																																																																																											
	腎・泌尿器	排尿時痛：[なし ・ あり]																																																																																																																											
	消化器	排便時痛：[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 ヘモグロビン（Hb）：（）g/dL ヘマトクリット（Ht）：（）% 血小板数：（）×10 ⁴ /μL AST：（）U/L ALT：（）U/L LDH：（）U/L BUN：（）mg/dL 血清クレアチニン：（）mg/dL 赤沈（1時間値）：（）mm/h CRP：（）mg/dL																																																																																																																												
リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（検査方法）：（） PHA反応（測定値）：（）cpm PHA反応（基準値）：（）cpm SI（Stimulation index）：（） リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：（）																																																																																																																												
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（）年（）月（）日 病理学的な表皮の壊死性変化：[なし ・ あり] 部位：（） 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 ⁴ /μL AST：（）U/L ALT：（）U/L LDH：（）U/L BUN：（）mg/dL 血清クレアチニン：（）mg/dL 赤沈（1時間値）：（）mm/h CRP：（）mg/dL																																																																																																																												
リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（検査方法）：（） PHA反応（測定値）：（）cpm PHA反応（基準値）：（）cpm SI（Stimulation index）：（） リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：（）																																																																																																																												
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（）年（）月（）日 病理学的な表皮の壊死性変化：[なし ・ あり] 部位：（） 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	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（）																																																																																																																												
重症度分類	<table><tr><td>1</td><td>粘膜疹</td><td>眼病変</td><td>上皮の偽膜形成</td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>上皮びらん</td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>結膜充血</td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>慢性期の後遺症としての視力障害</td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>慢性期の後遺症としてのドライアイ</td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td>口唇・口腔内病変</td><td>口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん</td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>口唇の血痂、出血を伴うびらん</td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>広範囲に血痂、出血を伴わないびらん</td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td>陰部病変</td><td>陰部びらん</td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td>2</td><td>皮膚の水疱、びらん</td><td></td><td>30%以上</td><td>[なし ・ あり]</td><td>3点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>10～30%</td><td>[なし ・ あり]</td><td>2点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>10%未満</td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td>3</td><td>38℃以上の発熱</td><td></td><td></td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td>4</td><td>呼吸器障害</td><td></td><td></td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td>5</td><td>表皮の全層性壊死性変化</td><td></td><td></td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td>6</td><td>肝機能障害（ALT > 100 IU/L）</td><td></td><td></td><td>[なし ・ あり]</td><td>1点</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>合計（</td><td>）点</td></tr><tr><td></td><td colspan="2">※ 眼表面（角膜・結膜）の上皮欠損（びらん）、あるいは偽膜形成が高度</td><td></td><td>[なし ・ あり]</td><td></td></tr><tr><td></td><td colspan="2">※ 本症に起因する呼吸障害</td><td></td><td>[なし ・ あり]</td><td></td></tr><tr><td></td><td colspan="2">※ びまん性紅斑進展型中毒性表皮壊死症の診断</td><td></td><td>[なし ・ あり]</td><td></td></tr></table>					1	粘膜疹	眼病変	上皮の偽膜形成	[なし ・ あり]	1点				上皮びらん	[なし ・ あり]	1点				結膜充血	[なし ・ あり]	1点				慢性期の後遺症としての視力障害	[なし ・ あり]	1点				慢性期の後遺症としてのドライアイ	[なし ・ あり]	1点			口唇・口腔内病変	口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん	[なし ・ あり]	1点				口唇の血痂、出血を伴うびらん	[なし ・ あり]	1点				広範囲に血痂、出血を伴わないびらん	[なし ・ あり]	1点			陰部病変	陰部びらん	[なし ・ あり]	1点	2	皮膚の水疱、びらん		30%以上	[なし ・ あり]	3点				10～30%	[なし ・ あり]	2点				10%未満	[なし ・ あり]	1点	3	38℃以上の発熱			[なし ・ あり]	1点	4	呼吸器障害			[なし ・ あり]	1点	5	表皮の全層性壊死性変化			[なし ・ あり]	1点	6	肝機能障害（ALT > 100 IU/L）			[なし ・ あり]	1点					合計（	）点		※ 眼表面（角膜・結膜）の上皮欠損（びらん）、あるいは偽膜形成が高度			[なし ・ あり]			※ 本症に起因する呼吸障害			[なし ・ あり]			※ びまん性紅斑進展型中毒性表皮壊死症の診断			[なし ・ あり]	
1	粘膜疹	眼病変	上皮の偽膜形成	[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
			上皮びらん	[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
			結膜充血	[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
			慢性期の後遺症としての視力障害	[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
			慢性期の後遺症としてのドライアイ	[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
		口唇・口腔内病変	口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん	[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
			口唇の血痂、出血を伴うびらん	[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
			広範囲に血痂、出血を伴わないびらん	[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
		陰部病変	陰部びらん	[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
2	皮膚の水疱、びらん		30%以上	[なし ・ あり]	3点																																																																																																																								
			10～30%	[なし ・ あり]	2点																																																																																																																								
			10%未満	[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
3	38℃以上の発熱			[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
4	呼吸器障害			[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
5	表皮の全層性壊死性変化			[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
6	肝機能障害（ALT > 100 IU/L）			[なし ・ あり]	1点																																																																																																																								
				合計（	）点																																																																																																																								
	※ 眼表面（角膜・結膜）の上皮欠損（びらん）、あるいは偽膜形成が高度			[なし ・ あり]																																																																																																																									
	※ 本症に起因する呼吸障害			[なし ・ あり]																																																																																																																									
	※ びまん性紅斑進展型中毒性表皮壊死症の診断			[なし ・ あり]																																																																																																																									

受給者番号() 患者氏名()

告示番号 23		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		
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]			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: ()								
治療		後遺症のための継続的治療の必要性: [なし ・ あり]								
		詳細: ()								
		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 ()						