

告示番号		15		膠原病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アフラネ症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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 (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)：( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		白血球数：( )/μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL ヘマトクリット (Ht)：( )% 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 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：( )											

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〈継続申請用〉	2/2
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。						
<div> <div>医療機関名</div> <div>記載年月日</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> </div> <div> <div>医療機関住所</div> <div>診療科</div> <div>医師名</div> <div>小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )</div> <div>(印)</div> </div>						