

告示番号		9		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		2 全身性エリテマトーデス								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名							
受給者番号				受診日		年		月				日		<input type="checkbox"/> 転入 → ( )					
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		治療 ・ 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 (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) : ( )																	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																			
血液検査	白血球数 : ( ) / $\mu$ L 白血球分画 : リンパ球 : ( ) % 網赤血球 : ( ) % ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL 血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L APTT : ( ) 秒 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 BUN : ( ) mg/dL 血清クレアチニン : ( ) mg/dL 血清IgG : ( ) mg/dL 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 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CL $\beta$ 2GP1抗体 : ( ) 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 ] 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 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) : ( )																		

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〈継続申請用〉										2/2
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      尿蛋白量／尿中クレアチニン比：( )      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 ]      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      (印)															
医師名      小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )															