

告示番号		19		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		19 中條・西村症候群						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) 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	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) : ()												
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) : 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						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						
	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) : ()													
病理検査	生検 : [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	19	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
生理機能検査	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：()					
画像検査	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（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）：()					
遺伝学的検査	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）：()					
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] ムンプス：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] ロタウイルス：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] その他：()					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬：[なし ・ あり] ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 強心薬：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり] 免疫グロブリン療法：[なし ・ あり]					
	免疫調整薬：[なし ・ あり] 詳細：()					
	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 詳細：()					
	生物学的製剤：[なし ・ あり] 詳細：()					
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]					
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施] 作業療法：[未実施 ・ 実施]					
血液浄化	血液浄化法：[未実施 ・ 実施] 詳細：()					
治療	治療（その他）：()					
今後の治療方針	今後の治療方針：()					
	治療見込み期間（入院） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間（外来） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回／月					
医療機関・医師署名						
上記の通り診断します。						
医療機関名 記載年月日 年 月 日						
医療機関住所						
診療科 医師名 (印)						
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()						