

病名	<b>1 若年性特発性関節炎</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI
	年 月 日	年 月 日	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

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: ( )
		部位詳細: ( )

症状	筋・骨格	付着部炎: [ なし ・ あり ]	指趾炎: [ なし ・ あり ]	腰部部痛: [ 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 ]
	眼	リウマトイド結節: [ なし ・ あり ] 乾癬: [ なし ・ あり ]			
	呼吸器・循環器	皮膚・粘膜症状 (その他): ( )			
	消化器	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ] 所見: [ 無症候性 ・ 症候性 ]			
	その他	胸膜炎: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ]			
		腹膜炎: [ なし ・ あり ] 肝腫: [ なし ・ あり ] 脾腫: [ 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	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	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 ]	骨髄浮腫: [ 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 <sup>4</sup> /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 ]	骨髄浮腫: [ 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 ]

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 ( )	

病名	<b>2 全身性エリテマトーデス</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI
	年 月 日	年 月 日	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

**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 ] 高血圧: [ なし ・ あり ] 全身症状 (その他): ( )	全身倦怠感: [ なし ・ あり ] 溶血性貧血: [ なし ・ あり ]	浮腫: [ なし ・ あり ]
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [ なし ・ あり ] 筋炎: [ なし ・ あり ]	筋痛: [ なし ・ あり ]	筋力低下: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	日光過敏: [ なし ・ あり ] 円盤状紅斑: [ なし ・ あり ] 鼻腔内潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他): ( )	レイノー現象: [ なし ・ あり ] 蝶形紅斑: [ なし ・ あり ]	脱毛: [ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]
	眼	眼痛: [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他): ( )	視力低下: [ なし ・ あり ]	
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [ なし ・ あり ] 肺梗塞: [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他): ( )	間質性肺炎: [ なし ・ あり ] 肺高血圧症: [ なし ・ あり ]	肺出血: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ]
	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): ( )			

**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 ] 高血圧: [ なし ・ あり ] 全身症状 (その他): ( )	全身倦怠感: [ なし ・ あり ] 溶血性貧血: [ なし ・ あり ]	浮腫: [ なし ・ あり ]
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [ なし ・ あり ] 筋炎: [ なし ・ あり ]	筋痛: [ なし ・ あり ]	筋力低下: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	日光過敏: [ なし ・ あり ] 円盤状紅斑: [ なし ・ あり ] 鼻腔内潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他): ( )	レイノー現象: [ なし ・ あり ] 蝶形紅斑: [ なし ・ あり ]	脱毛: [ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]
	眼	眼痛: [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他): ( )	視力低下: [ なし ・ あり ]	
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [ なし ・ あり ] 肺梗塞: [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他): ( )	間質性肺炎: [ なし ・ あり ] 肺高血圧症: [ なし ・ あり ]	肺出血: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ]

**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 <sup>4</sup> /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 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 C3: ( )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 ] 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: ( )		

**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 <sup>4</sup> /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 C4: ( )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
	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 ] 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 ( )

病名	<b>3 皮膚筋炎/多発性筋炎</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県	( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	----------	----------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日	年 月 日	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

**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 ]	全身症状 (その他): ( )							
	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 ]	筋痛: [ なし ・ あり ]	筋力低下: [ なし ・ あり ]	筋萎縮: [ なし ・ あり ]	筋・骨格症状 (その他): ( )				
	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 ]	ヘリオトロフ疹: [ 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	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 ]	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): ( )									
	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 ]	全身症状 (その他): ( )							
	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 ]	筋痛: [ なし ・ あり ]	筋力低下: [ なし ・ あり ]	筋萎縮: [ なし ・ あり ]	筋・骨格症状 (その他): ( )				
	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 ]	ヘリオトロフ疹: [ 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	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 ]	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): ( )									
	その他	症状 (その他): ( )											

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・神経症状 (その他)：( )	精神症状：[ 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 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL FDP：( )μg/mL・未実施 BUN：( )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 CH50：( )U/mL・未実施	リンパ球：( )% APTT：( )秒 AST：( )U/L ALT：( )U/L 血清クレアチニン：( )mg/dL 血清IgG：( )mg/dL CRP：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL D-dimer：( )μg/mL・未実施 LDH：( )U/L CK：これまでの最高値：( )U/L KL-6：( )U/mL・未実施 C3：( )mg/dL C4：( )mg/dL	ヘマトクリット (Ht)：( )%
	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 リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施 抗セントロメア抗体：( )U/mL・未実施 抗dsDNA抗体：( )IU/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Scl-70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Sm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 ] 一日尿蛋白量：( )g/day・未実施	血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 尿中蛋白量：( )mg/dL		
病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 筋線維の変性及び細胞浸潤：[ なし ・ あり ] 生検 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )	実施日：( 年 月 日 ) 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 ]	
生理機能検査	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見 (その他)：( )	筋電図筋原性変化：[ なし ・ あり ] 実施日：( 年 月 日 ) 肺拡散能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )	拘束性障害：[ なし ・ あり ] DLco：( )mL/min/mmHg	
画像検査	CT検査 (肺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 間質性陰影：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )	MRI検査 (筋)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )	実施日：( 年 月 日 ) 胸水：[ なし ・ あり ]	

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL FDP：( )μg/mL・未実施 BUN：( )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 CH50：( )U/mL・未実施	リンパ球：( )% APTT：( )秒 AST：( )U/L ALT：( )U/L 血清クレアチニン：( )mg/dL 血清IgG：( )mg/dL CRP：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL D-dimer：( )μg/mL・未実施 LDH：( )U/L CK：これまでの最高値：( )U/L KL-6：( )U/mL・未実施 C3：( )mg/dL C4：( )mg/dL	ヘマトクリット (Ht)：( )%
	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 リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施 抗セントロメア抗体：( )U/mL・未実施 抗dsDNA抗体：( )IU/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Scl-70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Sm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 ] 一日尿蛋白量：( )g/day・未実施	血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 尿中蛋白量：( )mg/dL		
病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 筋線維の変性及び細胞浸潤：[ なし ・ あり ] 生検 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )	実施日：( 年 月 日 ) 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 ]	
生理機能検査	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見 (その他)：( )	筋電図筋原性変化：[ なし ・ あり ] 実施日：( 年 月 日 ) 肺拡散能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )	拘束性障害：[ なし ・ あり ] DLco：( )mL/min/mmHg	
画像検査	CT検査 (肺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 間質性陰影：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )	MRI検査 (筋)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )	実施日：( 年 月 日 ) 胸水：[ なし ・ あり ]	

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 ]	ステロイドパルス療法: [ なし ・ あり ]
	クロロキン製剤: [ 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 ]	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 ( )			

病名	<b>4 シェーグレン (Sjogren) 症候群</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI
	年 月 日	年 月 日	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

**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): ( )			

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 <sup>4</sup> /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): ( ) 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 ] HBc抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]      HBe抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]      HBs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 ローゼンガルテスト: [ 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/4mm <sup>2</sup> ・ 1 focus以上/4mm <sup>2</sup> ]      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): ( )

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 <sup>4</sup> /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): ( ) 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 ] HBc抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]      HBe抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]      HBs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

唾液腺・ 涙腺分泌検査	ローゼンガルテスト: [ 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
	サクソテスト: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	サクソテスト (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/4mm <sup>2</sup> ・ 1 focus以上/4mm <sup>2</sup> ]	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 ]	プロムヘキシシ: [ 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 ( )	

病名	<b>5 抗リン脂質抗体症候群</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり		
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)						
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
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: ( ) $\times 10^4/\mu\text{L}$		実施日: ( )年 ( )月 ( )日						
	網赤血球: ( )%		PT: ( )秒		PT: ( )%		PT-INR: ( )		
	APTT: ( )秒		D-dimer: ( ) $\mu\text{g/mL}$ ・未実施		FDP: ( ) $\mu\text{g/mL}$ ・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 ]				

血液検査	抗カルジオリピン抗体 (IgG) : 1回目 : ( ) U/mL ・ 未実施	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	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
	抗カルジオリピン抗体 (IgM) : 1回目 : ( ) U/mL ・ 未実施	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	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
	抗カルジオリピン・β <sub>2</sub> GP1複合体抗体 : 1回目 : ( ) U/mL ・ 未実施	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	抗カルジオリピン・β <sub>2</sub> GP1複合体抗体 : 2回目 : ( ) U/mL ・ 未実施	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	抗β <sub>2</sub> GP1抗体 : 1回目 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	抗β <sub>2</sub> GP1抗体 : 2回目 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	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 <sup>4</sup> /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 <sub>2</sub> GP1複合体抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施	抗β <sub>2</sub> 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 ( )

病名	<b>6 ベーチェット (Behcet) 病</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
	年 月 日	年 月 日			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	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): ( )									

**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 CH50：( )U/mL・未実施 CRP：( )mg/dL	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血清IgD：( )mg/dL・未実施	血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 赤沈 (1時間値)：( )mm/h
病理検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )		
皮膚科的検査	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 CH50：( )U/mL・未実施 CRP：( )mg/dL	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血清IgD：( )mg/dL・未実施	血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 赤沈 (1時間値)：( )mm/h
病理検査	生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )		
皮膚科的検査	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 ] 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 ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ]	免疫調整薬：[ 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 ]
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	<b>7 高安動脈炎 (大動脈炎症候群)</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		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													
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 ]		リパドー ( 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 ) : ( )												

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)：( )	リペドー (網状皮斑)：[ なし ・ あり ] 壊疽：[ なし ・ あり ]	結節性紅斑：[ なし ・ あり ] 紫斑：[ 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 ヘマトクリット (Ht)：( )% D-dimer：( )μg/mL・未実施 CH50：( )U/mL・未実施 赤沈 (1時間値)：( )mm/h KL-6：( )U/mL・未実施 MPO-ANCA：( )IU/mL・未実施	リンパ球：( )% 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL FDP：( )μg/mL・未実施 血清IgG：( )mg/dL CRP：( )mg/dL リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施 抗GBM抗体：( )U/mL・未実施	好酸球：( )% PT-INR：( ) 血清クレアチニン：( )mg/dL 血清IgE：( )IU/mL 抗核抗体：( )倍・未実施 PR3-ANCA：( )IU/mL・未実施	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL APTT：( )秒
	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
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：( )				

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 <sup>4</sup> /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：( )			

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：( )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	<b>8 多発血管炎性肉芽腫症</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI
	年 月 日		年 月 日		肥満度 %

発病時期	年 月 頃	初診日	年 月 日
------	-------	-----	-------

就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )
---------	--

手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)	療育手帳	なし ・ あり
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)		

現状評価	治療 ・ 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

**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 ]
	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 ]
	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 ] 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 ]
	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 ]

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 <sup>4</sup> /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
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：( )
	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 <sup>4</sup> /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

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: ( )		
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	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: ( )			
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 ]	
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 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>9 結節性多発血管炎 (結節性多発動脈炎)</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村				
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI		
		年 月 日				年 月 日			肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日							
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他( )										
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり			
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)								
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明			
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
診断	診断の根拠:[ 臨床的・病理的・両者を加味して ]					診断時期:( 年 月 日 )					
症状	全身	発熱:[ なし・あり ]		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 ]		肺泡出血:[ 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):( )										

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 <sup>4</sup> /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
	尿酸検査
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：( )
	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 <sup>4</sup> /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
	尿酸検査

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: ( )			

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: ( )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	10 顕微鏡的多発血管炎					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)				療育手帳	なし・あり	
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)					
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明	
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
診断	診断の根拠:[ 臨床的・病理的・両者を加味して ]				診断時期:( 年 月 日 )			
症状	全身	発熱:[ なし・あり ] 浮腫:[ なし・あり ] 全身症状(その他):( )		低身長(-2.0SD以下):[ なし・あり ] 高血圧:[ なし・あり ]		体重減少:[ なし・あり ] リンパ節腫脹:[ なし・あり ]		易疲労性:[ なし・あり ]
	筋・骨格	関節腫脹:[ なし・あり ] 筋・骨格症状(その他):( )		関節痛:[ なし・あり ]		筋痛:[ なし・あり ]		筋力低下:[ なし・あり ]
	皮膚・粘膜	リパドー:[ なし・あり ] 紫斑:[ なし・あり ] 皮膚・粘膜症状(その他):( )		結節性紅斑:[ なし・あり ] 口腔内潰瘍:[ なし・あり ]		皮下結節:[ なし・あり ] 潰瘍:[ なし・あり ]		壊疽:[ なし・あり ]
	眼	ぶどう膜炎:[ なし・あり ] 白斑:[ なし・あり ] 眼症状(その他):( )		上強膜炎:[ なし・あり ] 視力障害:[ なし・あり ]		結膜炎:[ なし・あり ]		眼底出血:[ なし・あり ]
	耳鼻咽喉	鼻出血:[ なし・あり ] 副鼻腔炎:[ なし・あり ] めまい:[ なし・あり ] 耳鼻咽喉症状(その他):( )		鼻閉:[ なし・あり ] 中耳炎:[ なし・あり ]		嚔声:[ なし・あり ] 鞍鼻:[ なし・あり ]		気道閉塞:[ なし・あり ] 難聴:[ なし・あり ]
	呼吸器・循環器	胸膜炎:[ なし・あり ] 肺高血圧症:[ なし・あり ] 胸痛・胸部圧迫感:[ なし・あり ] 血圧差(左右または上下肢の血圧差10mmHg以上):[ なし・あり ] 循環器・呼吸器症状(その他):( )		間質性肺炎:[ なし・あり ] 咳嗽:[ なし・あり ] 間欠跛行:[ なし・あり ]		血痰:[ なし・あり ] 息切れ:[ なし・あり ] 脈拍欠損:[ なし・あり ]		肺泡出血:[ 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 ]

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 ] 肺泡出血：[ 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 <sup>4</sup> /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
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：( )
	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 <sup>4</sup> /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

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: ( )		
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	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: ( )			
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 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>11 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI		
		年 月 日	年 月 日		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 ]		肺泡出血: [ 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): ( )								

**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 <sup>4</sup> /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 血清IgE：( )IU/mL 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 <sup>4</sup> /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 血清IgE：( )IU/mL 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: ( )			

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 ]	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [ なし ・ あり ] 顔面変形: [ なし ・ あり ]	気道狭窄: [ 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 経過: [ 軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他 ] 経過(その他): ( )	症状の進行性: [ なし ・ あり ]
------	---	---------------------

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 ] 強心薬: [ なし ・ あり ]	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]	免疫調整薬: [ 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 ]
------	--	--	---

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 )	通院頻度: ( )回/月
	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 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>12 再発性多発軟骨炎</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		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	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 ]			眼症状 (その他): ( )		
		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 ]					
	耳鼻咽喉	嚔声: [ 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 ]					
	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 ]			眼症状 (その他): ( )		
		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 ]					
	耳鼻咽喉	嚔声: [ 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 ]					
	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): ( )												

**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 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL CRP：( )mg/dL MMP-3：( )ng/mL・未実施	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施 抗CCP抗体：( )U/mL・未実施	ヘマトクリット (Ht)：( )% 赤沈 (1時間値)：( )mm/h リウマトイド因子 (定量)：( )IU/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 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL CRP：( )mg/dL MMP-3：( )ng/mL・未実施	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施 抗CCP抗体：( )U/mL・未実施	ヘマトクリット (Ht)：( )% 赤沈 (1時間値)：( )mm/h リウマトイド因子 (定量)：( )IU/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 ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]      生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 強心薬：[ なし ・ あり ]      利尿薬：[ なし ・ あり ]	免疫調整薬：[ 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 ]
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	<b>13 強皮症</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日		年 月 日		肥満度	%

発病時期	年 月 頃	初診日	年 月 日		
------	-------	-----	-------	--	--

就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )				
---------	--	--	--	--	--

手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)	療育手帳	なし ・ あり
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)		

現状評価	治療 ・ 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

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癬痕 : [ 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癬痕 : [ 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Scl-70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
	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) : ( )	
病理検査	皮膚生検 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )
	所見 : ( )	前腕伸側硬化 : [ なし ・ あり ]

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Scl-70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
	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) : ( )	

**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) 2/2**

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：( )
------	--

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

鑑別診断	限局性強皮症：[ なし ・ あり ]
合併症	シェーグレン症候群：[ なし ・ あり ] 逆流性食道炎：[ なし ・ あり ] 強皮症腎クリーゼ：[ なし ・ あり ] 合併症 (その他)：( )

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

臨床経過	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 ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] プロスタサイクリン：[ なし ・ あり ] ACE阻害薬：[ 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 ( )

病名	<b>14 混合性結合組織病</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		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	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未滿): [ 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): ( )											

**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	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>15 家族性地中海熱</b>						受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI		
		年 月 日		年 月 日		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 ]										

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 ) 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)

病名	<b>16 クリオピリン関連周期熱症候群</b>				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年	月	日	

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日	年 月 日	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

**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	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
	全身
	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	
感音性難聴: [ 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	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
	全身
	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): ( )	

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: ( ) 所見: ( )
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: ( ) 所見: ( )
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 ] 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 ] 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 ( ) \_\_\_\_\_

病名	<b>17 TNF受容体関連周期性症候群</b>				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日			

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県	( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	----------	----------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日	年 月 日	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

**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 ・ 不規則 ] 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 ・ 不規則 ] 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: ( )			

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
	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): ( )	

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 )	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
	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): ( )	

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 )	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 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>18 ブラウ (Blau) 症候群 / 若年発症サルコイドーシス</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)				(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)	
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日		年 月 日		肥満度	%

発病時期	年 月 頃	初診日	年 月 日	
------	-------	-----	-------	--

就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校 ( 専攻科を含む ) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 ( 短期大学を含む ) ・ 就労 ( 就学中の就労も含む ) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )				
---------	--	--	--	--	--

手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 )	療育手帳	なし ・ あり
	精神障害者保健福祉手帳 ( 障害者手帳 )	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )		

現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能	運動制限の必要性	なし ・ あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当

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 ・ 不規則 ]      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 ・ 不規則 ]      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 ]

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 ] 所見：( )	実施日：( )年( )月( )日	部位：( )
画像検査	超音波検査 (関節)：[ 未実施 ・ 実施 ] 関節液貯留：[ なし ・ あり ] 腱鞘滑膜炎：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )	実施日：( )年( )月( )日 関節滑膜肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (関節内)：[ なし ・ あり ]	付着部肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (付着部)：[ なし ・ あり ]
	超音波検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( )年( )月( )日	部位：( )
眼科学的検査	視力検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 右 (裸眼)：( ) 左 (裸眼)：( )	実施日：( )年( )月( )日	右 (矯正後)：( ) 左 (矯正後)：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	実施日：( )年( )月( )日	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 ] 所見：( )	実施日：( )年( )月( )日	部位：( )
画像検査	超音波検査 (関節)：[ 未実施 ・ 実施 ] 関節液貯留：[ なし ・ あり ] 腱鞘滑膜炎：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )	実施日：( )年( )月( )日 関節滑膜肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (関節内)：[ なし ・ あり ]	付着部肥厚：[ なし ・ あり ] 異常パワードプラ (付着部)：[ なし ・ あり ]
	超音波検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( )年( )月( )日	部位：( )
眼科学的検査	視力検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 右 (裸眼)：( ) 左 (裸眼)：( )	実施日：( )年( )月( )日	右 (矯正後)：( ) 左 (矯正後)：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	実施日：( )年( )月( )日	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 ] 免疫調整薬：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] メトトレキサート：[ なし ・ あり ] 強心薬：[ なし ・ あり ]	コルチヒン：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ 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 ] 血液浄化法：[ 未実施 ・ 実施 ] 詳細：( )	作業療法：[ 未実施 ・ 実施 ]	
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	<b>19 中條・西村症候群</b>				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号		受診日	年	月	日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定
------	---	---	---	-----------	---	----	---	----	-----------

出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( )	市区町村
------	---	------	----	---	---	--------------	-----	------	-----	------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	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

**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 ]								

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	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	
病理検査	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: ( )
生理機能検査	心電図検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	所見: ( )	
画像検査	呼吸機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	所見: ( )	
遺伝学的検査	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): ( )	
検査所見 (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): ( )	
検査所見 (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	赤沈 (1時間値): 最近1年間の最低値: ( ) mm/h
	CRP: 最近1年間の最高値: ( ) mg/dL	CRP: 最近1年間の最低値: ( ) mg/dL
	血清アミロイドA: 最近1年間の最高値: ( ) µg/mL ・未実施	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年間の最高値: ( ) ng/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	
病理検査	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: ( )
生理機能検査	心電図検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	所見: ( )	
画像検査	呼吸機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	所見: ( )	
遺伝学的検査	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): ( )	
検査所見 (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): ( )	
検査所見 (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 (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 ] 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 ]		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: ( )					
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 )		通院頻度: (     )回/月	
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 (     )

病名	<b>20 高IgD症候群 (メバロン酸キナーゼ欠損症)</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県	( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	----------	----------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日	年 月 日	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

**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 ・ 不規則 ] 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: ( )
	腱鞘炎: [ 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 ・ 不規則 ] 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: ( )
	腱鞘炎: [ 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: ( )	

症状	消化器	肝腫:[ なし ・ あり ] 嘔吐:[ なし ・ あり ]	脾腫:[ なし ・ あり ]	腹痛:[ なし ・ あり ]	下痢:[ 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 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
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 ] MVK遺伝子異常:[ なし ・ あり ] 詳細:( )	実施日:( 年 月 日 ) MVK遺伝子以外の疾患関連変異:[ 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	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 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
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 ] MVK遺伝子異常:[ なし ・ あり ] 詳細:( )	実施日:( 年 月 日 ) MVK遺伝子以外の疾患関連変異:[ 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:( )
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 ] 免疫抑制薬:[ なし ・ あり ] 利尿薬:[ なし ・ あり ] 生物学的製剤:[ なし ・ あり ] 詳細:( )	ステロイド薬:[ 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 ] 強心薬:[ 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 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県	( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	----------	----------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	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

**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**

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): ( )	

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 <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): ( )

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: ( )
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	<b>22 慢性再発性多発性骨髄炎</b>				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日			

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県	( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	----------	----------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日	年 月 日	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

**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): ( )

症状	皮膚・粘膜	乾癬: [ なし ・ あり ]      び瘡: [ なし ・ あり ] 皮膚 (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 <sup>4</sup> /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 )
	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 <sup>4</sup> /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 )
	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 ]		
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 ( )		

病名 <b>23 インターロイキン I 受容体拮抗分子欠損症</b>		受付種別 <input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号	受診日	年 月 日	
ふりがな 氏名 (Alphabet)		(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)	
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日 性別 男・女・性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日 出生時に住民登録をした所 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)
	年 月 日	年 月 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			
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:( )が月毎ぐらい・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):( )	
		魚鱗癬様皮疹:[ なし・あり ] 膿疱性皮疹:[ なし・あり ] 皮疹(その他):( )	
	皮膚・粘膜	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:( )が月毎ぐらい・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):( )	
		魚鱗癬様皮疹:[ なし・あり ] 膿疱性皮疹:[ なし・あり ] 皮疹(その他):( )	
	皮膚・粘膜	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	

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	24 15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	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI		
	年 月 日	年 月 日		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(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	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 ]		
	アミロペクチノーシス:[ 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:( )								
	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):( )									
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 ] 掌蹠角化症:[ 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 ]									

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 ]		
その他		神経症状: [ なし ・ あり ]	詳細: ( )		
		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: ( )				
	筋・骨格	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 ]				
	皮膚・粘膜	詳細: ( )				
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: ( )					
眼	顎骨の拡大: [ なし ・ 上顎 ・ 下顎 ]					
	筋・骨格症状 (その他): ( )					
	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 ]		
耳鼻咽喉	多毛症: [ なし ・ あり ]	掌蹠角化症: [ なし ・ あり ]	色素過剰症: [ なし ・ あり ]			
	皮疹 (その他): ( )					
呼吸器・循環器	眼症状: [ なし ・ あり ]					
消化器	詳細: ( )					
	心筋障害: [ なし ・ あり ]					
	肝腫: [ なし ・ あり ]	脾腫: [ なし ・ あり ]	腹痛: [ なし ・ あり ]	下痢: [ なし ・ あり ]		
精神・神経	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: ( )				
	脳梗塞: [ なし ・ あり ]	機序分類: [ 出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性 ]				
その他	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: ( )						
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): ( )				

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)：( )		
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
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)：( )		
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
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：( )		
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
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		
<b>医療機関・医師署名</b>			
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 ( )		