

病名	1 若年性特発性関節炎			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	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: ()

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]
		リウマトイド結節: [なし ・ あり]	乾癬: [なし ・ あり]		
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり]	所見: [無症候性 ・ 症候性]		
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり]	心膜炎: [なし ・ あり]		
	消化器	腹膜炎: [なし ・ あり]	肝腫: [なし ・ あり]	脾腫: [なし ・ あり]	
その他	症状 (その他): ()				

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数: ()/μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL	ヘマトクリット (Ht): ()%
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	D-dimer: ()μg/mL・未実施	AST: ()U/L
	ALT: ()U/L	LDH: ()U/L	BUN: ()mg/dL
	血清クレアチニン: ()mg/dL	トリグリセリド (中性脂肪): ()mg/dl	フィブリノゲン: ()mg/dl
	フェリチン: ()ng/mL・未実施	赤沈 (1時間値): ()mm/h	CRP: ()mg/dL
	リウマトイド因子 (定量): ()IU/mL・未実施	MMP-3: ()ng/mL・未実施	抗CCP抗体: ()U/mL・未実施
	抗核抗体: ()倍・未実施 染色型: [均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他]		
	染色型 (その他): ()		
画像検査	超音波検査 (関節): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	関節液貯留: [なし ・ あり]	関節滑膜肥厚: [なし ・ あり]	付着部肥厚: [なし ・ あり]
	腱鞘滑膜炎: [なし ・ あり]	異常パワードプラ (関節内): [なし ・ あり]	異常パワードプラ (付着部): [なし ・ あり]
	所見 (その他): ()		
	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	関節裂隙狭小化: [なし ・ あり]	骨びらん: [なし ・ あり]	関節変形 (亜脱臼・偏位・過伸展): [なし ・ あり]
	関節強直: [なし ・ あり]	指趾骨基部杯状化: [なし ・ あり]	脊椎の竹節様変化: [なし ・ あり]
	MRI検査 (関節): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	関節液貯留: [なし ・ あり]	滑膜肥厚: [なし ・ あり]	骨髄浮腫: [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 ⁴ /μL	D-dimer: ()μg/mL・未実施	AST: ()U/L
	ALT: ()U/L	LDH: ()U/L	BUN: ()mg/dL
	血清クレアチニン: ()mg/dL	トリグリセリド (中性脂肪): ()mg/dl	フィブリノゲン: ()mg/dl
	フェリチン: ()ng/mL・未実施	赤沈 (1時間値): ()mm/h	CRP: ()mg/dL
	抗核抗体: ()倍・未実施	染色型: [均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他]	
	染色型 (その他): ()		
	リウマトイド因子 (定量): ()IU/mL・未実施	MMP-3: ()ng/mL・未実施	抗CCP抗体: ()U/mL・未実施
画像検査	超音波検査 (関節): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	関節液貯留: [なし ・ あり]	関節滑膜肥厚: [なし ・ あり]	付着部肥厚: [なし ・ あり]
	腱鞘滑膜炎: [なし ・ あり]	異常パワードプラ (関節内): [なし ・ あり]	異常パワードプラ (付着部): [なし ・ あり]
	所見 (その他): ()		
	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	関節裂隙狭小化: [なし ・ あり]	骨びらん: [なし ・ あり]	関節変形 (亜脱臼・偏位・過伸展): [なし ・ あり]
	関節強直: [なし ・ あり]	指趾骨基部杯状化: [なし ・ あり]	脊椎の竹節様変化: [なし ・ あり]
	MRI検査 (関節): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	関節液貯留: [なし ・ あり]	滑膜肥厚: [なし ・ あり]	骨髄浮腫: [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]	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：金製剤： [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：プシラミン： [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：メトトレキサート： [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：レフルノミド： [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]		
	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：エタネルセプト： [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：インフリキシマブ： [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：セルトリズマブベゴル：[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：カナキマブ： [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)：()		
	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
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	2 全身性エリテマトーデス				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	年 月 日			

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

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

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

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

臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

症状	全身	発熱 (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]

症状	腎・泌尿器	ネフローゼ症候群: [なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他): ()	急性腎不全: [なし ・ あり]	慢性腎不全: [なし ・ あり]
	消化器	腹痛: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()	腹膜刺激症状: [なし ・ あり]	下痢: [なし ・ あり]
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり] 脳出血: [なし ・ あり] 脊髄障害: [なし ・ あり] 脳神経症状: [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他): ()	意識障害: [なし ・ あり] 脳梗塞: [なし ・ あり] 無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]	精神症状: [なし ・ あり] 多発単神経炎: [なし ・ あり] 器質性脳症候群: [なし ・ あり]
	その他	症状 (その他): ()		

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数: ()/μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL ALT: ()U/L BUN: ()mg/dL 赤沈 (1時間値): ()mm/h CH50: ()U/mL・未実施	白血球分画: リンパ球: ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清クレアチニン: ()mg/dL 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: ()	
	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 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清クレアチニン: ()mg/dL CRP: ()mg/dL C3: ()mg/dL 抗核抗体: ()倍・未実施	網赤血球: ()% APTT: ()秒 AST: ()U/L 血清アミラーゼ: ()U/L 血清IgG: ()mg/dL C4: ()mg/dL
	抗SS-A/Ro抗体: オクタロニー法: ()倍・未実施 抗SS-B/La抗体: オクタロニー法: ()倍・未実施 抗カルジオリピン抗体 (IgG): ()U/mL・未実施 抗CLβ2GP1抗体: ()U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量): ()IU/mL・未実施 抗dsDNA抗体: ()IU/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体: ()U/mL・未実施 自己抗体 (その他): ()	抗SS-A/Ro抗体: EIA法: ()U/mL・未実施 抗SS-B/La抗体: EIA法: ()U/mL・未実施 抗カルジオリピン抗体 (IgM): ()U/mL・未実施 ループスアンチコアグラント: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施 抗Sm抗体: ()U/mL・未実施	
尿検査	細胞円柱: [なし ・ あり ・ 未実施] 尿中蛋白量: ()mg/dL	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ()	一日尿蛋白量: ()g/day・未実施 尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
病理検査	腎生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) INS/RPS分類 (Class): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI]	生検 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	

生理機能検査	脳波検査: [未実施 ・ 実施] 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	3 皮膚筋炎/多発性筋炎			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	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	診断分類 (皮膚筋炎/多発性筋炎): [皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]				
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]	体重減少: [なし ・ あり]	浮腫 (全身性): [なし ・ あり]	リンパ節腫脹: [なし ・ あり]
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり]	関節拘縮: [なし ・ あり]	関節痛: [なし ・ あり]	筋把握痛: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	爪郭発赤: [なし ・ あり]	日光過敏: [なし ・ あり]	レイノー現象: [なし ・ あり]	蝶形紅斑: [なし ・ あり]
	眼	網膜血管病変: [なし ・ あり]	眼症状 (その他): ()		
	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [なし ・ あり]	乾性咳嗽: [なし ・ あり]	呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり]	
	消化器	消化管潰瘍: [なし ・ あり]	消化管穿孔: [なし ・ あり]		
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり]	精神症状: [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	診断分類 (皮膚筋炎/多発性筋炎): [皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]				
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]	体重減少: [なし ・ あり]	浮腫 (全身性): [なし ・ あり]	リンパ節腫脹: [なし ・ あり]
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり]	関節拘縮: [なし ・ あり]	関節痛: [なし ・ あり]	筋把握痛: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	爪郭発赤: [なし ・ あり]	日光過敏: [なし ・ あり]	レイノー現象: [なし ・ あり]	蝶形紅斑: [なし ・ あり]
	眼	網膜血管病変: [なし ・ あり]	眼症状 (その他): ()		
	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [なし ・ あり]	乾性咳嗽: [なし ・ あり]	呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり]	
	消化器	消化管潰瘍: [なし ・ あり]	消化管穿孔: [なし ・ あり]		
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり]	精神症状: [なし ・ あり]		
	その他	症状 (その他): ()			

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 ⁴ /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] 皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり] 実施日：(年 月 日)
------	---	--

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) 拘束性障害：[なし ・ あり]
	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検査 (肺)：[未実施 ・ 実施] 間質性陰影：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()	実施日：(年 月 日) 胸水：[なし ・ あり]
	MRI検査 (筋)：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()	実施日：(年 月 日)

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 ⁴ /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] 皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり] 実施日：(年 月 日)
------	---	--

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) 拘束性障害：[なし ・ あり]
	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検査 (肺)：[未実施 ・ 実施] 間質性陰影：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()	実施日：(年 月 日) 胸水：[なし ・ あり]
	MRI検査 (筋)：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()	実施日：(年 月 日)

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	4 シェーグレン (Sjogren) 症候群			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 ⁴ /μL 血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL AST: ()U/L ALT: ()U/L LDH: ()U/L 血清アミラーゼ: ()U/L 血清アミラーゼアインザイム (膵由来): ()%・未実施 血清アミラーゼアインザイム (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]
	尿管円柱: [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]
	シルマーテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日: (年 月 日) シルマーテスト (右眼): ()mm/5分 シルマーテスト (左眼): ()mm/5分
ローズベンガルテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日: (年 月 日) van Bijsterveldスコア (右眼): ()点 van Bijsterveldスコア (左眼): ()点	
蛍光色素試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 蛍光色素試験 (右): [陰性 ・ 陽性] 蛍光色素試験 (左): [陰性 ・ 陽性]	
ACR/SICCAスコア: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) ACR/SICCAスコア (右): ()点 ACR/SICCAスコア (左): ()点	
唾液自然分泌量: [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 ² ・ 1 focus以上/4mm ²] 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 ⁴ /μL 血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL AST: ()U/L ALT: ()U/L LDH: ()U/L 血清アミラーゼ: ()U/L 血清アミラーゼアインザイム (膵由来): ()%・未実施 血清アミラーゼアインザイム (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]
	尿管円柱: [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]
	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	ローズベンガルテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日: (年 月 日) van Bijsterveldスコア (右眼): ()点 van Bijsterveldスコア (左眼): ()点
	蛍光色素試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 蛍光色素試験 (右): [陰性 ・ 陽性] 蛍光色素試験 (左): [陰性 ・ 陽性]
	ACR/SICCAスコア: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) ACR/SICCAスコア (右): ()点 ACR/SICCAスコア (左): ()点
	唾液自然分泌量: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 唾液自然分泌量 (結果): ()mL/15分
	サクソントテスト: [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

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 ² ・ 1 focus以上/4mm ²]	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	5 抗リン脂質抗体症候群					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:()×10 ⁴ /μL		実施日:()年()月()日								
	網赤血球:()%		PT:()秒		PT:()%		PT-INR:()				
	APTT:()秒		D-dimer:()μg/mL・未実施		FDP:()μg/mL・未実施						
血清間接ビリルビン:()mg/dL		C3:()mg/dL		C4:()mg/dL		CH50:()U/mL・未実施					
ループスアンチコアグラント:[未実施・陰性・陽性]					血清梅毒反応:[未実施・陰性・陽性]						

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 ₂ 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 ₂ GP1複合体抗体 : 2回目 : () U/mL ・ 未実施	実施日 : () 年 () 月 () 日
	抗β ₂ GP1抗体 : 1回目 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]	実施日 : () 年 () 月 () 日
	抗β ₂ 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 ⁴ /μL	実施日 : () 年 () 月 () 日		
	網赤血球 : () %	PT : () 秒	PT : () %	PT-INR : ()
	APTT : () 秒	D-dimer : () μg/mL ・ 未実施	FDP : () μg/mL ・ 未実施	
	血清間接ビリルビン : () mg/dL	C3 : () mg/dL	C4 : () mg/dL	CH50 : () U/mL ・ 未実施
	ループスアンチコアグラント : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]	血清梅毒反応 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		
	抗カルジオリピン抗体 (IgG) : () U/mL ・ 未実施	抗カルジオリピン抗体 (IgM) : () U/mL ・ 未実施		
	抗カルジオリピン・β ₂ GP1複合体抗体 : () U/mL ・ 未実施	抗β ₂ GP1抗体 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		

画像検査	超音波検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日	部位 : ()
	所見 : ()		
	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日	部位 : ()
	所見 : ()		
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日	部位 : ()
所見 : ()			
	血管造影 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日	部位 : ()
所見 : ()			
	核医学検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日	部位 : ()
所見 : ()			

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症 : [なし ・ あり]
	詳細 : ()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	抗凝固薬 : [なし ・ あり]	抗血小板薬 : [なし ・ あり]
治療	治療 (その他) : ()	
今後の治療方針	今後の治療方針 : ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : () 年 () 月 () 日 終了日 : () 年 () 月 () 日	
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : () 年 () 月 () 日 終了日 : () 年 () 月 () 日 通院頻度 : () 回/月	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	
	診療科
	医師名 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

病名	6 ベーチェット (Behcet) 病			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	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 ⁴ /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 ⁴ /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	7 高安動脈炎 (大動脈炎症候群)				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 ⁴ /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 ⁴ /μL	PT-INR：()	APTT：()秒
	D-dimer：()μg/mL・未実施	FDP：()μg/mL・未実施	血清クレアチニン：()mg/dL	
	CH50：()U/mL・未実施	血清IgG：()mg/dL	血清IgE：()IU/mL	
	赤沈 (1時間値)：()mm/h	CRP：()mg/dL	抗核抗体：()倍・未実施	
	KL-6：()U/mL・未実施	リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施	PR3-ANCA：()IU/mL・未実施	
	MPO-ANCA：()IU/mL・未実施	抗GBM抗体：()U/mL・未実施		

尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]	血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]	一日尿蛋白量：()g/day・未実施
	尿中蛋白量：()mg/dL		

便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
-----	-----------------------

病理検査	生検：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	部位：()	
	所見：()	

画像検査	超音波検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	部位：()
	所見：()		
	CT検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	部位：()
	所見：()		
	MRI検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	部位：()
	所見：()		
	MRA検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	部位：()
所見：()			
血管造影：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	部位：()	
所見：()			
PET検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	部位：()	
所見：()			
画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)		
検査名：()			
部位：()			
所見：()			

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	8 多発血管炎性肉芽腫症					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 **5** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

症状	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 上強膜炎：[なし ・ あり] 結膜炎：[なし ・ あり] 眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり] 視力障害：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり] 鼻閉：[なし ・ あり] 嚔声：[なし ・ あり] 気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり] 中耳炎：[なし ・ あり] 鞍鼻：[なし ・ あり] 難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状 (その他)：()
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり] 間質性肺炎：[なし ・ あり] 血痰：[なし ・ あり] 肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり] 咳嗽：[なし ・ あり] 息切れ：[なし ・ あり] 動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり] 間欠跛行：[なし ・ あり] 脈拍欠損：[なし ・ あり] 血管雑音：[なし ・ あり] 血圧差 (左右または上下肢の血圧差10mmHg以上)：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他)：()
	腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり] 慢性腎不全：[なし ・ あり] 急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり] 腎梗塞：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他)：()
	消化器	吐血：[なし ・ あり] 下血：[なし ・ あり] イレウス：[なし ・ あり] 非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり] 消化器症状 (その他)：()
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり] 意識障害：[なし ・ あり] 精神症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり] 脊髄障害：[なし ・ あり] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他)：()
	その他	症状 (その他)：()

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL リンパ球：()% 好酸球：()% ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL 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
便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：() 実施日：(年 月 日)
	超音波検査：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：() 実施日：(年 月 日)
	CT検査：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：() 実施日：(年 月 日)
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：() 実施日：(年 月 日)
	MRA検査：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：() 実施日：(年 月 日)
	PET検査：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：() 実施日：(年 月 日)
	血管造影：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：() 実施日：(年 月 日)
画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 検査名：() 部位：() 所見：() 実施日：(年 月 日)	

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL リンパ球：()% 好酸球：()% ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL 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

便検査	便潜血: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	部位: ()		
	所見: ()		
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	部位: ()		
	所見: ()		
	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	部位: ()		
	所見: ()		
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	部位: ()		
画像検査	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]	検査名: ()	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	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	9 結節性多発血管炎 (結節性多発動脈炎)					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]		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 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 血清IgG：()mg/dL 血清IgE：()IU/mL 赤沈 (1時間値)：()mm/h CRP：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 KL-6：()U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施 MPO-ANCA：()IU/mL・未実施 抗GBM抗体：()U/mL・未実施
	尿検査
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 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 血清IgG：()mg/dL 血清IgE：()IU/mL 赤沈 (1時間値)：()mm/h CRP：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 KL-6：()U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施 MPO-ANCA：()IU/mL・未実施 抗GBM抗体：()U/mL・未実施
	尿検査

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]		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): ()														

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 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 血清IgG：()mg/dL 血清IgE：()IU/mL 赤沈 (1時間値)：()mm/h CRP：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 KL-6：()U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施 MPO-ANCA：()IU/mL・未実施 抗GBM抗体：()U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 一日尿蛋白量：()g/day・未実施 尿中蛋白量：()mg/dL
便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
画像検査	超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRA検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	PET検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	血管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査名：() 部位：() 所見：()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL リンパ球：()% 好酸球：()% ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 血清IgG：()mg/dL 血清IgE：()IU/mL 赤沈 (1時間値)：()mm/h CRP：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 KL-6：()U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施 MPO-ANCA：()IU/mL・未実施 抗GBM抗体：()U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 一日尿蛋白量：()g/day・未実施 尿中蛋白量：()mg/dL

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] 合併症(その他): ()	気道狭窄: [なし ・ あり]
-----	---	--	-------------------

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 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	11 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症					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 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL 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 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL 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)	
	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	12 再発性多発軟骨炎										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		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]			めまい: [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]								
	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]			めまい: [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]								
	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 ⁴ /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 ⁴ /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	13 強皮症			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

症状	皮膚・粘膜	スキンスコア値 (total skin thickness score) : () ・ 未実施		
		皮膚硬化 (体幹) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (上腕) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (前腕) : [なし ・ あり]
		皮膚硬化 (手背) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (手指) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (足趾) : [なし ・ あり]
		皮膚硬化 (足背) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (下腿) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (大腿) : [なし ・ あり]
	レイノー現象 : [なし ・ あり]	手指先端部の虫食い状瘢痕 : [なし ・ あり]	爪上皮内出血点 : [なし ・ あり]	皮膚・粘膜症状 (その他) : ()
	呼吸器・循環器	息切れ : [なし ・ あり]	動悸 : [なし ・ あり]	両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [なし ・ あり]
	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]
	その他	症状 (その他) : ()		

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

症状	皮膚・粘膜	スキンスコア値 (total skin thickness score) : () ・ 未実施		
		皮膚硬化 (体幹) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (上腕) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (前腕) : [なし ・ あり]
		皮膚硬化 (手背) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (手指) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (足趾) : [なし ・ あり]
		皮膚硬化 (足背) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (下腿) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (大腿) : [なし ・ あり]
	レイノー現象 : [なし ・ あり]	手指先端部の虫食い状瘢痕 : [なし ・ あり]	爪上皮内出血点 : [なし ・ あり]	皮膚・粘膜症状 (その他) : ()
	呼吸器・循環器	息切れ : [なし ・ あり]	動悸 : [なし ・ あり]	両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [なし ・ あり]
	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]
	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)	前腕伸側硬化 : [なし ・ あり]
	所見 : ()	

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	抗核抗体 : () 倍 ・ 未実施	抗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	14 混合性結合組織病										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			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
診断	中核的所見	レイノー現象: [なし ・ あり] 抗RNP (U1-RNP) 抗体: [陰性 ・ 陽性]											
	臨床および検査所見	手指の腫脹・浮腫: [なし ・ あり] 顔面紅斑: [なし ・ あり] 関節炎: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり] 筋炎所見(筋原酵素上昇、筋電図所見、生検所見のいずれか): [なし ・ あり] 高ガンマグロブリン血症 (血清分画の20%以上): [なし ・ あり] リウマトイド因子: [陰性 ・ 陽性] 白血球数減少 (<4000/μL) または血小板数減少 (<100,000/μL未満): [なし ・ あり]											
	他の疾患との鑑別	全身性エリテマトーデス: [満たさない ・ 満たす] 強皮症: [満たさない ・ 満たす] 皮膚筋炎/多発性筋炎: [満たさない ・ 満たす] 若年性特発性関節炎: [満たさない ・ 満たす]											
症状	全身	リンパ節腫脹: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	多発関節炎: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()											
	皮膚・粘膜	手指または手背の腫脹: [なし ・ あり] 顔面紅斑: [なし ・ あり] 近位部の皮膚硬化: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()											
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 間質性肺炎: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()											
	消化器	食道蠕動低下または拡張: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()											
	精神・神経	中枢神経症状: [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他): ()											
	その他	症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	リンパ節腫脹: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	多発関節炎: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()											
	皮膚・粘膜	手指または手背の腫脹: [なし ・ あり] 顔面紅斑: [なし ・ あり] 近位部の皮膚硬化: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()											
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 間質性肺炎: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()											
	消化器	食道蠕動低下または拡張: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()											
	精神・神経	中枢神経症状: [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他): ()											
	その他	症状 (その他): ()											

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Sm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Sm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	15 家族性地中海熱										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	16 クリオピリン関連周期熱症候群				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): ()
	関節腫脹: [なし ・ あり] 発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的]
	関節痛: [なし ・ あり] 発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的]
	関節熱感: [なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的]
	骨幹端過形成: [なし ・ あり] 部位: ()
	皮膚・粘膜
蕁麻疹様皮疹: [なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的]	
皮疹 (その他): ()	
眼	
結膜炎: [なし ・ あり] 発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的]	
ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 視神経乳頭浮腫: [なし ・ あり]	
耳鼻咽喉	
感受性難聴: [なし ・ あり]	
消化器	
嘔吐: [なし ・ あり] 炎症性腸疾患: [なし ・ あり]	
精神・神経	
頭痛: [なし ・ あり] 頭痛: 発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的] 無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]	
精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]	
移動障害: [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり]	
神経症状: [なし ・ あり]	
詳細: ()	
その他	
症状 (その他): ()	

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

病型	病型分類 (クリオピリン関連周期熱症候群): [CINCA 症候群 ・ マックル・ウェルズ症候群 ・ 家族性寒冷自己炎症症候群]
症状	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	17 TNF受容体関連周期性症候群			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)	kg (SD)	BMI	肥満度 %
	年 月 日		年 月 日		

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

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

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

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

臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

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・骨格	筋痛: [なし ・ あり] 部位: () 筋膜炎: [なし ・ あり] 部位: () 関節腫脹: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮疹: [なし ・ あり] 詳細: ()
	眼	結膜炎: [なし ・ あり] 詳細: () 眼窩周囲浮腫: [なし ・ あり] 詳細: ()
	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感: [なし ・ あり]
	消化器	腹痛: [なし ・ あり] 部位: ()
	その他	症状 (その他): ()

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

	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): ()
症状	筋・骨格	筋痛: [なし ・ あり] 部位: () 筋膜炎: [なし ・ あり] 部位: () 関節腫脹: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮疹: [なし ・ あり] 詳細: ()
	眼	結膜炎: [なし ・ あり] 詳細: () 眼窩周囲浮腫: [なし ・ あり] 詳細: ()

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	18 ブラウ (Blau) 症候群 / 若年発症サルコイドーシス			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

基本情報	発症年齢: () 歳
症状	全身 発熱 (38℃以上): [なし ・ あり] 発熱 (38℃未満): [なし ・ あり] 発熱期間: () 日間 熱型: [稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 熱型 (その他): () 発熱間隔: [持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性: [なし ・ あり] 発熱周期: () か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎: [なし ・ あり]
	筋・骨格 関節腫脹: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり] 関節の機能障害: [なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (足背): [なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (手背): [なし ・ あり] 屈指症 (手指): [なし ・ あり] 屈指症 (足趾): [なし ・ あり] 骨髓炎: [なし ・ あり] 部位: () 筋・骨格症状 (その他): ()
	皮膚・粘膜 皮疹: [なし ・ あり] 詳細: () 皮疹出現や増悪の契機: [なし ・ あり] 詳細: ()
	眼 ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 視力低下: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()
	消化器 炎症性腸疾患: [なし ・ あり]
	精神・神経 神経症状: [なし ・ あり] 詳細: ()
	その他 低ガンマグロブリン血症: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

症状	全身 発熱 (38℃以上): [なし ・ あり] 発熱 (38℃未満): [なし ・ あり] 発熱期間: () 日間 熱型: [稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 熱型 (その他): () 発熱間隔: [持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性: [なし ・ あり] 発熱周期: () か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎: [なし ・ あり]
	筋・骨格 関節腫脹: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり] 関節の機能障害: [なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (足背): [なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (手背): [なし ・ あり] 屈指症 (手指): [なし ・ あり] 屈指症 (足趾): [なし ・ あり] 骨髓炎: [なし ・ あり] 部位: () 筋・骨格症状 (その他): ()
	皮膚・粘膜 皮疹: [なし ・ あり] 詳細: () 皮疹出現や増悪の契機: [なし ・ あり] 詳細: ()
	眼 ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 視力低下: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()
	消化器 炎症性腸疾患: [なし ・ あり]

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	19 中條・西村症候群				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:()							
	皮膚・粘膜	筋・骨格症状(その他):()							
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:()							
	皮膚・粘膜	筋・骨格症状(その他):()							
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: ()	
	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
画像検査	CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 大脳基底核石灰化: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()	
	画像検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肝腫: [なし ・ あり] 脾腫: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	PSM88遺伝子疾患関連変異: [なし ・ あり] PSM88遺伝子以外の疾患関連変異: [なし ・ あり] 詳細: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	

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: ()	
	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
画像検査	CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 大脳基底核石灰化: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()	
	画像検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肝腫: [なし ・ あり] 脾腫: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	PSM88遺伝子疾患関連変異: [なし ・ あり] PSM88遺伝子以外の疾患関連変異: [なし ・ あり] 詳細: ()	

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()		
家族歴	家系: [日本人 ・ 日本人以外] 詳細: ()		
	両親の血族婚: [なし ・ あり ・ 不明]		
	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()		
予防接種歴 (生ワクチン)	BCG: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 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: ()					
	生物学的製剤: [なし ・ あり] 詳細: ()					
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり]		人工呼吸管理: [なし ・ あり]			
リハビリテーション	理学療法: [未実施 ・ 実施]		作業療法: [未実施 ・ 実施]			
血液浄化	血液浄化法: [未実施 ・ 実施] 詳細: ()					
治療	治療 (その他): ()					
今後の治療方針	今後の治療方針: ()					
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日)		終了日: (年 月 日)		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 20 高IgD症候群 (メバロン酸キナーゼ欠損症)	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	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: ()
	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: ()
肝腫: [なし ・ あり] 脾腫: [なし ・ あり] 腹痛: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり]		
消化器	嘔吐: [なし ・ あり]	
	神経症状: [なし ・ あり] 詳細: ()	
精神・神経	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: ()
	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: ()

告示番号 **17** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

症状	消化器	肝腫:[なし ・ あり] 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:()	
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:()	
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	21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群			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

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]
		膿疱性ざ瘡: [なし ・ あり] 発症年齢: ()歳 部位: () 壊疽性膿皮症: [なし ・ あり] 発症年齢: ()歳 部位: ()
	眼	眼症状: [なし ・ あり] 詳細: ()
	消化器	炎症性腸疾患: [なし ・ あり]
	その他	症状 (その他): ()

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

症状	全身	発熱: [なし ・ あり] 熱型: [稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 発熱期間: ()日間 熱型 (その他): () 発熱間隔: [持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性: [なし ・ あり] 発熱周期: ()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい
		アミロイドーシス (腎): [なし ・ あり] アミロイドーシス (肝): [なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器): [なし ・ あり] アミロイドーシス (その他): ()
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]
		関節腫脹: [なし ・ あり] 発症年齢: ()歳 部位: ()
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡: [なし ・ あり] □内炎: [なし ・ あり] 注射部位の膿瘍形成: [なし ・ あり]
		膿疱性ざ瘡: [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 ⁴ /μL 血清IgG: ()mg/dL 赤沈 (1時間値): ()mm/h CRP: ()mg/dL 血清アミロイドA: ()μg/mL・未実施 自己抗体 (その他): ()
病理検査	関節穿刺: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査名: () 部位: () 所見: ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異: [なし ・ あり] PSTPIP1遺伝子以外の疾患関連変異: [なし ・ あり] 詳細: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ()/μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgG: ()mg/dL 赤沈 (1時間値): ()mm/h CRP: ()mg/dL 血清アミロイドA: ()μg/mL・未実施 自己抗体 (その他): ()
病理検査	関節穿刺: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査名: () 部位: () 所見: ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異: [なし ・ あり] PSTPIP1遺伝子以外の疾患関連変異: [なし ・ あり] 詳細: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
家族歴	家系: [日本人 ・ 日本人以外] 詳細: ()
	両親の血族婚: [なし ・ あり ・ 不明]
	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [なし ・ あり] ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫調整薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 抗凝固薬: [なし ・ あり] 強心薬: [なし ・ あり] 利尿薬: [なし ・ あり] 免疫グロブリン療法: [なし ・ あり] 生物学的製剤: [なし ・ あり] 詳細: ()
リハビリテーション	理学療法: [未実施 ・ 実施] 作業療法: [未実施 ・ 実施]
血液浄化	血液浄化法: [未実施 ・ 実施] 詳細: ()
治療	治療 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

病名	22 慢性再発性多発性骨髄炎				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	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 ⁴ /μL 赤沈 (1時間値): ()mm/h CRP: ()mg/dL
	血清アミロイドA: ()μg/mL・未実施 プロカルシトニン: ()ng/mL・未実施
	自己抗体 (その他): ()
病理検査	関節穿刺: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
画像検査	単純X線検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	シンチグラフィ (骨): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常取込: [なし ・ あり] 異常部位: ()
	核医学検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	PET検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常取込: [なし ・ あり] 異常部位: ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 疾患関連変異: [なし ・ あり] 詳細: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ()/μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()%
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL 赤沈 (1時間値): ()mm/h CRP: ()mg/dL
	血清アミロイドA: ()μg/mL・未実施 プロカルシトニン: ()ng/mL・未実施
	自己抗体 (その他): ()
病理検査	関節穿刺: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
画像検査	単純X線検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	シンチグラフィ (骨): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常取込: [なし ・ あり] 異常部位: ()
	核医学検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	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	23 インターロイキン I 受容体拮抗分子欠損症			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

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): ()
	皮膚・粘膜 魚鱗癬様皮疹: [なし ・ あり] 膿疱性皮疹: [なし ・ あり] 皮疹 (その他): () 爪変形: [なし ・ あり] □ 内炎: [なし ・ あり] □ 腔内潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()
	眼 結膜炎: [なし ・ あり]
	呼吸器・循環器 間質性肺炎: [なし ・ あり] 無呼吸発作: [なし ・ あり] 呼吸窮迫: [なし ・ あり]
	その他 症状 (その他): ()

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

症状	全身 発熱: [なし ・ あり] 熱型: [稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 発熱期間: () 日間 熱型 (その他): () 発熱間隔: [持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性: [なし ・ あり] 発熱周期: () 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): ()
	皮膚・粘膜 魚鱗癬様皮疹: [なし ・ あり] 膿疱性皮疹: [なし ・ あり] 皮疹 (その他): () 爪変形: [なし ・ あり] □ 内炎: [なし ・ あり] □ 腔内潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()
	眼 結膜炎: [なし ・ あり]
	呼吸器・循環器 間質性肺炎: [なし ・ あり] 無呼吸発作: [なし ・ あり] 呼吸窮迫: [なし ・ あり]
	その他 症状 (その他): ()

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数: () /μL 赤沈 (1時間値): () mm/h CRP: () mg/dL 血清アミロイドA: () μg/mL ・ 未実施 プロカルシトニン: () ng/mL ・ 未実施
------	---

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 ・ 不規則] 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]						
	全身	易感染性: [なし ・ あり] 部位: () 病原体: ()								
		リンパ節腫脹: [なし ・ あり] 部位: ()								
		漿膜炎: [なし ・ あり] 部位: ()								
		寒冷誘発炎症: [なし ・ あり] 詳細: ()								
	アミロイドーシス (腎): [なし ・ あり] アミロイドーシス (肝): [なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器): [なし ・ あり] アミロイドーシス (その他): ()									
	炎症発作の誘因: [なし ・ あり] 詳細: ()									
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 部位: ()								
関節痛: [なし ・ あり] 部位: ()										
関節の機能障害: [なし ・ あり] 部位: ()										
筋痛: [なし ・ あり] 部位: ()										
骨格筋障害: [なし ・ あり] 部位: ()										
骨髄炎: [なし ・ あり] 部位: ()										
線維性軟骨異形成: [なし ・ あり] 部位: () 顎骨の拡大: [なし ・ 上顎 ・ 下顎] 筋・骨格症状 (その他): ()										
皮膚・粘膜	毛包性丘疹: [なし ・ あり] 寒冷蕁麻疹: [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: ()			
		リンパ節腫脹: [なし ・ あり] 部位: ()				
	筋・骨格	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: ()				
	皮膚・粘膜	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): ()				
眼	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]	掌蹼角化症: [なし ・ あり]	色素過剰症: [なし ・ あり]			
	皮疹 (その他): ()					
呼吸器・循環器	心筋障害: [なし ・ あり]					
消化器	肝腫: [なし ・ あり]	脾腫: [なし ・ あり]	腹痛: [なし ・ あり]	下痢: [なし ・ あり]		
	血便: [なし ・ あり]	嘔吐: [なし ・ あり]	肛門膿瘍: [なし ・ あり]	肛門瘻孔: [なし ・ あり]		
精神・神経	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]				
	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): ()						

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)：()		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
血液検査	血清IgG：()mg/dL 赤沈 (1時間値)：発作時：()mm/h 赤沈 (1時間値)：非発作時：()mm/h CRP：発作時：()mg/dL CRP：非発作時：()mg/dL 血清アミロイドA：発作時：()μg/mL・未実施 血清アミロイドA：非発作時：()μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：()ng/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：()ng/mL・未実施 自己抗体 (その他)：()		
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()		
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()		
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
合併症	結節性多発動脈炎：[なし ・ あり] 自己免疫疾患：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()		
家族歴	家系：[日本人 ・ 日本人以外] 詳細：()		
	両親の血族婚：[なし ・ あり ・ 不明]		
	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬：[なし ・ あり] ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫調整薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 強心薬：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり] 免疫グロブリン療法：[なし ・ あり]		
	生物学的製剤：[なし ・ あり] 詳細：()		
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施] 作業療法：[未実施 ・ 実施]		
血液浄化	血液浄化法：[未実施 ・ 実施] 詳細：()		
治療	治療 (その他)：()		
今後の治療方針	今後の治療方針：()		
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月		
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日		年 月 日
医療機関住所	診療科		
	医師名		(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		