

病名	<b>1 若年性特発性関節炎</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )
受給者番号		受診日	年 月 日		

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

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

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

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

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL	ヘマトクリット (Ht)：( )%
	血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL	D-dimer：( )μg/mL・未実施	AST：( )U/L
	ALT：( )U/L	LDH：( )U/L	BUN：( )mg/dL
	血清クレアチニン：( )mg/dL	トリグリセリド (中性脂肪)：( )mg/dl	フィブリノゲン：( )mg/dl
	フェリチン：( )ng/mL・未実施	赤沈 (1時間値)：( )mm/h	CRP：( )mg/dL
	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 ]	異常パワードブラ (関節内)：[ なし ・ あり ]		異常パワードブラ (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 )	骨びらん：[ なし ・ あり ]	関節変形 (亜脱臼・偏位・過伸展)：[ なし ・ あり ]	
	関節裂隙狭小化：[ 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 ]	

**告示番号 8 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) 2/2**

画像検査	MRI検査(関節): [ 未実施 ・ 実施 ] 関節液貯留: [ なし ・ あり ] 仙腸関節炎: [ なし ・ あり ] 所見(その他): ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 滑膜肥厚: [ なし ・ あり ] 骨髄浮腫: [ なし ・ あり ]
------	---	--

遺伝学的検査	HLA遺伝子型判定: [ 未実施 ・ 実施 ] 抗原型 (HLA-A) ① : ( ) 抗原型 (HLA-B) ① : ( ) 抗原型 (HLA-DR) ① : ( ) 抗原型 (HLA-DQ) ① : ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 抗原型 (HLA-A) ② : ( ) 抗原型 (HLA-B) ② : ( ) 抗原型 (HLA-DR) ② : ( ) 抗原型 (HLA-DQ) ② : ( )
--------	---	--

**その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	他の膠原病の合併: [ なし ・ あり ] 合併疾患名: ( ) 悪性疾患の合併: [ なし ・ あり ]
-----	---

家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴: 強直脊椎炎: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴: 炎症性腸疾患に伴う仙腸関節炎: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴: 急性前部ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴(その他): ( )	家族歴: 付着部炎関連関節炎: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 家族歴: Reiter症候群: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
-----	---	--

疾患活動性	JADAS-27: ( ) ・ 未実施
-------	---------------------

機能障害	Sterinbrocker機能障害度分類: [ 未実施 ・ Class I ・ Class II ・ Class III ・ Class IV ] CHAQ: ( ) 点 ・ 未実施
------	--

**経過(申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ]	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]	抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ]
	免疫調整薬: 金製剤: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫調整薬: プシラミン: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]	免疫調整薬: サラゾスルファピリジン: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫調整薬: イグラチモド: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]	
	免疫抑制薬: タクロリムス: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫抑制薬: ミゾリピン: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫抑制薬: トファシチニブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]	免疫抑制薬: メトトレキサート: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 免疫抑制薬: レフルノミド: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]	
	生物学的製剤: トシリズマブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: アダリムマブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: ゴリムマブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: アパタセプト: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: アナキンラ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤(その他): ( )	生物学的製剤: エタネルセプト: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: インフリキシマブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: セルトリズマブベゴル: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ] 生物学的製剤: カナキヌマブ: [ 未実施 ・ 無効 ・ 有効 ]	
	抗リウマチ薬(その他): ( )		

リハビリテーション	理学療法: [ 未実施 ・ 実施 ] 作業療法: [ 未実施 ・ 実施 ]
-----------	--

血液浄化	血液浄化法: [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細: ( )
------	--------------------------------

治療	治療(その他): ( )
----	--------------

今後の治療方針	今後の治療方針: ( )
	治療見込み期間(入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間(外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

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

病名	<b>2 全身性エリテマトーデス</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( )	市区町村	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			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(申請時) ※直近の状況を記載											
症状	全身	発熱(38℃以上2週間以上持続): [ なし・あり ]			全身倦怠感: [ なし・あり ]			浮腫: [ なし・あり ]			
		高血圧: [ なし・あり ]			溶血性貧血: [ なし・あり ]						
		全身症状(その他): ( )									
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [ なし・あり ]			筋痛: [ なし・あり ]			筋力低下: [ なし・あり ]			
		筋炎: [ なし・あり ]									
	皮膚・粘膜	日光過敏: [ なし・あり ]			レイノー現象: [ なし・あり ]			脱毛: [ なし・あり ]			
		円盤状紅斑: [ なし・あり ]			蝶形紅斑: [ なし・あり ]			口腔内潰瘍: [ なし・あり ]			
		鼻腔内潰瘍: [ なし・あり ] 皮膚・粘膜症状(その他): ( )									
眼	眼痛: [ なし・あり ]			視力低下: [ なし・あり ]							
	眼症状(その他): ( )										
呼吸器・循環器	胸膜炎: [ なし・あり ]			間質性肺炎: [ なし・あり ]			肺出血: [ なし・あり ]				
	肺梗塞: [ なし・あり ]			肺高血圧症: [ なし・あり ]			心膜炎: [ なし・あり ]				
	循環器・呼吸器症状(その他): ( )										
腎・泌尿器	ネフローゼ症候群: [ なし・あり ]			急性腎不全: [ なし・あり ]			慢性腎不全: [ なし・あり ]				
	腎・泌尿器症状(その他): ( )										
消化器	腹痛: [ なし・あり ]			腹膜刺激症状: [ なし・あり ]			下痢: [ なし・あり ]				
	消化器症状(その他): ( )										
精神・神経	痙攣: [ なし・あり ]			意識障害: [ なし・あり ]			精神症状: [ なし・あり ]				
	脳出血: [ なし・あり ]			脳梗塞: [ なし・あり ]			多発単神経炎: [ なし・あり ]				
	脊髄障害: [ なし・あり ]			無菌性髄膜炎: [ なし・あり ]			器質性脳症候群: [ なし・あり ]				
	脳神経症状: [ なし・あり ] 精神・神経症状(その他): ( )										
その他	症状(その他): ( )										
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数: ( )/μL			白血球分画: リンパ球: ( )%			網赤血球: ( )%				
	ヘモグロビン(Hb): ( )g/dL			血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL			APTT: ( )秒				
	血清総ビリルビン(T-Bil): ( )mg/dL			血清直接ビリルビン(D-Bil): ( )mg/dL			AST: ( )U/L				
	ALT: ( )U/L			LDH: ( )U/L			血清アミラーゼ: ( )U/L				
	BUN: ( )mg/dL			血清クレアチニン: ( )mg/dL			血清IgG: ( )mg/dL				
	赤沈(1時間値): ( )mm/h			CRP: ( )mg/dL			C3: ( )mg/dL				
	CH50: ( )U/mL・未実施			抗核抗体: ( )倍・未実施			C4: ( )mg/dL				
	抗SS-A/Ro抗体: オクタロニー法: ( )倍・未実施			抗SS-A/Ro抗体: EIA法: ( )U/mL・未実施							
	抗SS-B/La抗体: オクタロニー法: ( )倍・未実施			抗SS-B/La抗体: EIA法: ( )U/mL・未実施							
	抗カルジオリピン抗体(IgG): ( )U/mL・未実施			抗カルジオリピン抗体(IgM): ( )U/mL・未実施							
	抗CLβ2GP1抗体: ( )U/mL・未実施			ループスアンチコアグラント: [ 未実施・陰性・陽性 ]							
	リウマトイド因子(定量): ( )IU/mL・未実施			血清ハプトグロビン: ( )mg/dL・未実施							
	抗dsDNA抗体: ( )IU/mL・未実施			抗Sm抗体: ( )U/mL・未実施							
	抗RNP(U1-RNP)抗体: ( )U/mL・未実施										
	自己抗体(その他): ( )										

**告示番号 9 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) 2/2**

尿検査	細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ] 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 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
画像検査	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 )	
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )		
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
合併症	抗リン脂質症候群: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )	シェーグレン症候群: [ なし ・ あり ]	
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [ なし ・ あり ] 免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ 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 ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]	クロロキン製剤: [ 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		
<b>医療機関・医師署名</b>			
上記の通り診断します。			
医療機関名		記載年月日	年 月 日
医療機関住所		診療科	
		医師名	(印)
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>3 皮膚筋炎/多発性筋炎</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			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		
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>										
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 ・ その他の特異性炎症性筋炎 ]									
症状	全身	発熱: [ なし ・ あり ]      体重減少: [ なし ・ あり ]      浮腫 (全身性): [ なし ・ あり ]      リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ] 全身症状 (その他): ( )								
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ]      関節拘縮: [ なし ・ あり ]      関節痛: [ なし ・ あり ]      筋把握痛: [ なし ・ あり ] 筋痛: [ なし ・ あり ]      筋力低下: [ なし ・ あり ]      筋萎縮: [ なし ・ あり ] 筋・骨格症状 (その他): ( )								
	皮膚・粘膜	爪郭発赤: [ なし ・ あり ]      日光過敏: [ なし ・ あり ]      レイノー現象: [ なし ・ あり ]      蝶形紅斑: [ なし ・ あり ] 紅斑 (関節伸側): [ なし ・ あり ]      ゴットロン丘疹: [ なし ・ あり ]      ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑): [ なし ・ あり ] ヘリオトロープ疹: [ なし ・ あり ]      皮下石灰化: [ なし ・ あり ]      粘膜潰瘍: [ なし ・ あり ]      皮膚潰瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他): ( )								
	眼	網膜血管病変: [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他): ( )								
	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [ なし ・ あり ]      乾性咳嗽: [ なし ・ あり ]      呼吸困難 (労作時): [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ]      心筋炎: [ なし ・ あり ]      心電図異常: [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他): ( )								
	消化器	消化管潰瘍: [ なし ・ あり ]      消化管穿孔: [ なし ・ あり ] 消化器症状 (その他): ( )								
	精神・神経	痙攣: [ なし ・ あり ]      精神症状: [ なし ・ あり ] 精神・神経症状 (その他): ( )								
	その他	症状 (その他): ( )								
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>										
血液検査	白血球数: ( )/μL      リンパ球: ( )%      ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL      ヘマトクリット (Ht): ( )% 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL      APTT: ( )秒      D-dimer: ( )μg/mL・未実施 FDP: ( )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      CK: これまでの最高値: ( )U/L アルドラーゼ: これまでの最高値: ( )U/L      血清IgG: ( )mg/dL      KL-6: ( )U/mL・未実施 赤沈 (1時間値): ( )mm/h      CRP: ( )mg/dL      C3: ( )mg/dL      C4: ( )mg/dL CH50: ( )U/mL・未実施      抗核抗体: ( )倍・未実施									
	抗SS-A/Ro抗体: オクタロニー法: ( )倍・未実施      抗SS-A/Ro抗体: EIA法: ( )U/mL・未実施 抗SS-B/La抗体: オクタロニー法: ( )倍・未実施      抗SS-B/La抗体: EIA法: ( )U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量): ( )IU/mL・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Jo-1抗体: ( )U/mL      抗ARS抗体スクリーニング: [ 陰性 ・ 陽性 ] 抗dsDNA抗体: ( )IU/mL・未実施      抗Sm抗体: ( )U/mL・未実施      抗RNP (U1-RNP) 抗体: ( )U/mL・未実施 自己抗体 (その他): ( )									
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 ]	実施日：( 年 月 日 )	筋線維の変性及び細胞浸潤：[ なし ・ あり ]	皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ]	皮膚筋炎に合致する所見：[ なし ・ あり ]
	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	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	筋電図筋原性変化：[ なし ・ あり ]	呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	拘束性障害：[ なし ・ あり ]
	所見 (その他)：( )		肺拡散能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	DLco：( )mL/min/mmHg
	CT検査 (肺)：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	間質性陰影：[ なし ・ あり ]	胸水：[ なし ・ あり ]	所見 (その他)：( )
画像検査	MRI検査 (筋)：[ 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	非ステロイド系抗炎症薬：[ なし ・ あり ]	ステロイド薬：[ なし ・ あり ]	ステロイドパルス療法：[ なし ・ あり ]
	クロロキン製剤：[ なし ・ あり ]	免疫調整薬：[ なし ・ あり ]	メトトレキサート：[ なし ・ あり ]
	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]	生物学的製剤：[ なし ・ あり ]	抗凝固薬：[ なし ・ あり ]
	強心薬：[ なし ・ あり ]	利尿薬：[ なし ・ あり ]	免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ]

リハビリテーション	理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ]	作業療法：[ 未実施 ・ 実施 ]
-----------	-------------------	-------------------

血液浄化	血液浄化法：[ 未実施 ・ 実施 ]	詳細：( )
------	--------------------	--------

治療	治療 (その他)：( )
----	--------------

今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>4 シェーグレン (Sjogren) 症候群</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村				
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI			
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日		肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日							
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )										
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (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 ] ラムラ: [ 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 (申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L リンパ球: ( ) % 網赤血球: ( ) % ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL 血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L 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-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 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 血清ハプトグロビン: ( ) mg/dL ・ 未実施					
	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 ]			HBs抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]				
	HBe抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]			HIV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 ]										
	尿検査	細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]					血尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]			一日尿蛋白量: ( ) g/day ・ 未実施	
		尿中蛋白量: ( ) mg/dL					尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]				

唾液腺・ 涙腺分泌検査	シルマーテスト: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	実施日: ( 年 月 日 )	シルマーテスト (右眼): ( )mm/5分	シルマーテスト (左眼): ( )mm/5分
	ローズベンガルテスト: [ 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/4mm2 ・ 1 focus以上/4mm2 ]

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 )	取り込み低下: [ なし ・ あり ]	酸刺激での分泌低下: [ なし ・ あり ]

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [ なし ・ あり ]	詳細: ( )
-----	------------------	---------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [ なし ・ あり ]	ステロイド薬: [ なし ・ あり ]	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: ( )
------	---------------------	---------

治療	治療 (その他): ( )
----	---------------

今後の治療方針	今後の治療方針: ( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 )

治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月
---

医療機関・医師署名

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



病名	<b>5 抗リン脂質抗体症候群</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載										
血液検査	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL		実施日: ( )年 月 日							
	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		実施日: ( )年 月 日							
	網赤血球: ( )%		PT: ( )秒		PT: ( )%		PT-INR: ( )			
	APTT: ( )秒		D-dimer: ( )μg/mL・未実施		FDP: ( )μg/mL・未実施					
	血清間接ビリルビン: ( )mg/dL		C3: ( )mg/dL		C4: ( )mg/dL		CH50: ( )U/mL・未実施			
ループスアンチコアグラント: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]					血清梅毒反応: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]					
抗カルジオリピン抗体 (IgG): ( )U/mL・未実施					抗カルジオリピン抗体 (IgM): ( )U/mL・未実施					
抗カルジオリピン・β <sub>2</sub> GP1複合体抗体: ( )U/mL・未実施					抗β <sub>2</sub> GP1抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]					
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( )年 月 日									
	部位: ( )									
	所見: ( )									
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( )年 月 日									
	部位: ( )									
所見: ( )										
MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( )年 月 日										
部位: ( )										
所見: ( )										
血管造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( )年 月 日										
部位: ( )										
所見: ( )										
核医学検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( )年 月 日										
部位: ( )										
所見: ( )										

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	抗凝固薬: [ なし ・ あり ]      抗血小板薬: [ なし ・ あり ]
治療	治療 (その他): ( )
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )
	治療見込み期間 (入院)    開始日: (      年      月      日 )    終了日: (      年      月      日 ) 治療見込み期間 (外来)    開始日: (      年      月      日 )    終了日: (      年      月      日 )    通院頻度: (      )回/月
医療機関・医師署名	

上記の通り診断します。

医療機関名  
医療機関住所

記載年月日                      年              月              日

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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村				
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI			
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日		肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日							
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校 ( 専攻科を含む ) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 ( 短期大学を含む ) ・ 就労 ( 就学中の就労も含む ) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )										
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 )				療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 ( 障害者手帳 )			なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )							
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (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 (申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L			ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL			血小板数: ( ) $\times 10^4$ / $\mu$ L				
	CH50: ( ) U/mL ・ 未実施			血清IgD: ( ) mg/dL ・ 未実施			赤沈 (1時間値): ( ) mm/h				
	CRP: ( ) mg/dL										
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: ( )										

告示番号 **11** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

家族歴	本疾患の家族歴 : 父: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 姉妹: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 母方祖父: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	母: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 父方祖父: [ なし ・ あり ・ 不明 ] いとこ: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	兄弟: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 父方祖母: [ なし ・ あり ・ 不明 ] その他: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ]	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]	免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ]
リハビリテーション	理学療法: [ 未実施 ・ 実施 ]	作業療法: [ 未実施 ・ 実施 ]	
血液浄化	血液浄化法: [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細: ( )		
治療	治療 (その他): ( )		
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )		
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 )	治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 )	通院頻度: ( )回/月
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。			
医療機関名		記載年月日	年 月 日
医療機関住所		診療科	
		医師名	(印)
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>7 高安動脈炎 (大動脈炎症候群)</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )					
受給者番号		受診日	年	月	日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( )	市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			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 ( 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 ]		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 ]		リペドー ( 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 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	リンパ球：( )%	好酸球：( )%	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL
	ヘマトクリット (Ht)：( )%	血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL	PT-INR：( )	APTT：( )秒
	D-dimer：( )μg/mL・未実施	FDP：( )μg/mL・未実施	血清クレアチニン：( )mg/dL	
	CH50：( )U/mL・未実施	血清IgG：( )mg/dL	血清IgE：( )IU/mL	
	赤沈 (1時間値)：( )mm/h	CRP：( )mg/dL	抗核抗体：( )倍・未実施	
	KL-6：( )U/mL・未実施	リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施	PR3-ANCA：( )IU/mL・未実施	
	MPO-ANCA：( )IU/mL・未実施	抗GBM抗体：( )U/mL・未実施		

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

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

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

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

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	冠動脈病変：[ なし ・ あり ]	肺動脈病変：[ なし ・ あり ]	大動脈瘤：[ なし ・ あり ]
	解離性大動脈瘤：[ なし ・ あり ]	大動脈弁閉鎖不全：[ なし ・ あり ]	大動脈弁直上の大動脈径：( )mm
	大動脈弁閉鎖不全の程度 (カラードプラ法)：[ わずかな逆流 ・ 僧帽弁前尖まで ・ 乳頭筋まで ・ 心尖まで ]		
	大動脈弁変化：[ なし ・ あり ]	気管支喘息：[ なし ・ あり ]	
	合併症 (その他)：( )		

重症度分類	重症度 (高動脈炎)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]
-------	--------------------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数：( )回	症状の進行性：[ なし ・ あり ]
	経過：[ 軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他 ]	
	経過 (その他)：( )	

薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬：[ なし ・ あり ]	ステロイド薬：[ なし ・ あり ]	免疫調整薬：[ なし ・ あり ]
	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]	生物学的製剤：[ なし ・ あり ]	抗凝固薬：[ なし ・ あり ]
	強心薬：[ なし ・ あり ]	利尿薬：[ なし ・ あり ]	免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ]

リハビリテーション	理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ]	作業療法：[ 未実施 ・ 実施 ]
-----------	-------------------	-------------------

血液浄化	血液浄化法：[ 未実施 ・ 実施 ]
	詳細：( )

カテーテル治療	カテーテル治療：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( )年 ( )月 ( )日
	部位：( )	
	術式：( )	

手術	手術：[ 未実施 ・ 実施 ・ 施行予定 ]	実施日：( )年 ( )月 ( )日
	術式：( )	

治療	治療 (その他)：( )
----	--------------

今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( )年 ( )月 ( )日 終了日：( )年 ( )月 ( )日
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( )年 ( )月 ( )日 終了日：( )年 ( )月 ( )日 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>8 多発血管炎性肉芽腫症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			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		
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>									
診断	診断の根拠: [ 臨床的 ・ 病的 ・ 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): ( )								
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>									
血液検査	白血球数: ( )/μL	リンパ球: ( )%	好酸球: ( )%	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL					
	ヘマトクリット (Ht): ( )%	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	PT-INR: ( )	APTT: ( )秒					
	D-dimer: ( )μg/mL・未実施	FDP: ( )μg/mL・未実施	血清クレアチニン: ( )mg/dL						
	CH50: ( )U/mL・未実施	血清IgG: ( )mg/dL	血清IgE: ( )IU/mL						
	赤沈 (1時間値): ( )mm/h	CRP: ( )mg/dL	抗核抗体: ( )倍・未実施						
	KL-6: ( )U/mL・未実施	リウマトイド因子 (定量): ( )IU/mL・未実施	PR3-ANCA: ( )IU/mL・未実施						
	MPO-ANCA: ( )IU/mL・未実施	抗GBM抗体: ( )U/mL・未実施							

尿検査	細胞円柱: [ なし ・ あり ・ 未実施 ] 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 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
画像検査	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 )	
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
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): ( )	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 ]
重症度分類	重症度 (多発血管炎性肉芽腫症): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]		
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
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 ] 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 ] 部位: ( ) 術式: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施 ・ 施行予定 ] 術式: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
治療	治療 (その他): ( )		
今後の治療方針	今後の治療方針: ( ) 治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月		
<b>医療機関・医師署名</b>			
上記の通り診断します。			
医療機関名		記載年月日	年 月 日
医療機関住所		診療科	
		医師名	(印)
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	



病名	<b>9 結節性多発血管炎 (結節性多発動脈炎)</b>				受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
受給者番号		受診日	年 月 日				

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

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

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

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	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 (申請時) ※直近の状況を記載**

診断	診断の根拠: [ 臨床的 ・ 病的 ・ 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): ( )				

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L	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: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	PT-INR: ( )	APTT: ( ) 秒
	D-dimer: ( ) $\mu$ g/mL ・ 未実施	FDP: ( ) $\mu$ g/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			

告示番号 **1** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

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	<b>10 顕微鏡的多発血管炎</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )
受給者番号		受診日	年 月 日		

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

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

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

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	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 (申請時) ※直近の状況を記載**

診断	診断の根拠: [ 臨床的 ・ 病的 ・ 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 (申請時) ※直近の状況を記載**

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

便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	MRA検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
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 )	治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 )	通院頻度: ( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>11 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )
受給者番号		受診日	年 月 日		

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

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

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

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	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 (申請時) ※直近の状況を記載**

診断	診断の根拠: [ 臨床的 ・ 病的 ・ 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 (申請時) ※直近の状況を記載**

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

便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
	MRA検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	
	部位: ( ) 所見: ( )		
PET検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
部位: ( ) 所見: ( )			
血管造影: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
部位: ( ) 所見: ( )			
画像検査(その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )			

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	気管支喘息: [ なし ・ あり ] 大腿骨頭壊死: [ なし ・ あり ]	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [ なし ・ あり ] 顔面変形: [ なし ・ あり ]	気道狭窄: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )
-----	---	--	-------------------------------------

重症度分類	重症度 (好酸球性多発血管炎性肉芽腫症): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]
-------	---

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数: ( )回 経過: [ 軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他 ] 経過 (その他): ( )	症状の進行性: [ なし ・ あり ]
------	--	---------------------

薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ]	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]	免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ]
------	--	--	---

リハビリテーション	理学療法: [ 未実施 ・ 実施 ]	作業療法: [ 未実施 ・ 実施 ]
-----------	--------------------	--------------------

血液浄化	血液浄化法: [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細: ( )
------	--------------------------------

カテーテル治療	カテーテル治療: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
部位: ( ) 術式: ( )		

手術	手術: [ 未実施 ・ 実施 ・ 施行予定 ]	実施日: ( 年 月 日 )
術式: ( )		

治療	治療 (その他): ( )
----	---------------

今後の治療方針	今後の治療方針: ( )		
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 )	終了日: ( 年 月 日 )	通院頻度: ( )回/月
	治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 )	終了日: ( 年 月 日 )	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>12 再発性多発軟骨炎</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( )	市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			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(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 ]			
		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 ]			
		眼症状(その他):( )									
	耳鼻咽喉	嚔声:[ なし・あり ]			鼻軟骨炎:[ なし・あり ]			耳介軟骨の炎症・変形:[ なし・あり ]			
		伝音性難聴(外耳道変形による):[ なし・あり ]			感音性難聴:[ なし・あり ]			めまい:[ なし・あり ]			
		前庭障害(その他):( )									
	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(申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数:( )/μL	ヘモグロビン(Hb):( )g/dL			ヘマトクリット(Ht):( )%						
	血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL	血清クレアチニン:( )mg/dL			赤沈(1時間値):( )mm/h						
	CRP:( )mg/dL	抗核抗体:( )倍・未実施			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									
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：( )
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 ( \_\_\_\_\_ )



告示番号 **23** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)

病名	<b>13 強皮症</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
受給者番号		受診日	年 月 日			
ふりがな 氏名 (Alphabet)				(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	%
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	
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
症状	皮膚・粘膜	スキンスコア値 (total skin thickness score) : ( ) ・ 未実施 皮膚硬化 (体幹) : [ なし ・ あり ] 皮膚硬化 (上腕) : [ なし ・ あり ] 皮膚硬化 (前腕) : [ なし ・ あり ] 皮膚硬化 (手背) : [ なし ・ あり ] 皮膚硬化 (手指) : [ なし ・ あり ] 皮膚硬化 (足趾) : [ なし ・ あり ] 皮膚硬化 (足背) : [ なし ・ あり ] 皮膚硬化 (下腿) : [ なし ・ あり ] 皮膚硬化 (大腿) : [ なし ・ あり ] レイノー現象 : [ なし ・ あり ] 手指先端部の虫食い状癬痕 : [ なし ・ あり ] 爪上皮内出血点 : [ なし ・ あり ] 皮膚・粘膜症状 (その他) : ( )				
	呼吸器・循環器	息切れ : [ なし ・ あり ] 動悸 : [ なし ・ あり ] 両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [ なし ・ あり ] 循環器・呼吸器症状 (その他) : ( )				
	消化器	胸やけ : [ なし ・ あり ] 胃食道逆流症 : [ なし ・ あり ] 食物のつかえ : [ なし ・ あり ] 消化器症状 (その他) : ( )				
	その他	症状 (その他) : ( )				
	<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>					
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 ) 前腕伸側硬皮化 : [ なし ・ あり ] 所見 : ( )					
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
鑑別診断	限局性強皮症 : [ なし ・ あり ]					
合併症	シェーブレン症候群 : [ 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) : ( )					
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
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					
<b>医療機関・医師署名</b>						
上記の通り診断します。						
医療機関名				記載年月日	年 月 日	
医療機関住所				診療科		
				医師名		(印)
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

病名	<b>14 混合性結合組織病</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )						
受給者番号		受診日	年	月	日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男	女	性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( )	市区町村	( )		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD )			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(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 ]						
	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 ]					
	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 ]					
	消化器	食道蠕動低下または拡張:[ なし・あり ]											
	精神・神経	中枢神経症状:[ なし・あり ]											
	その他	症状(その他):( )											
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	CK: これまでの最高値:( )U/L		アルドラーゼ: これまでの最高値:( )U/L										
	血清IgG:( )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 ]							
尿検査	リウマトイド因子(定量):( )IU/mL・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dsDNA抗体:( )IU/mL・未実施		抗Sm抗体:( )U/mL・未実施		抗RNP(U1-RNP)抗体:( )U/mL・未実施								
	筋炎特異的抗体(その他):( )												
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						
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 )										
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 )												
その他	部位:( )												
その他	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 ]    ステロイド薬: [ なし ・ あり ]    ステロイドパルス療法: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]    循環改善薬: [ 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
	小児慢性特定疾病 指定医番号 (                      )                      (印)

病名	<b>15 家族性地中海熱</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		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			
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>											
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): ( )										
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>											
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 ]										
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>											
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: ( )										
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>											
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [ なし ・ あり ]					ステロイド薬: [ なし ・ あり ]			コルヒチン: [ 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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	16 クリオピリン関連周期熱症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )					
受給者番号		受診日	年	月	日							
ふりがな						(変更があった場合)	ふりがな					
氏名							以前の登録氏名					
(Alphabet)							(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(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	全身	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										
		寒冷誘発炎症: [ なし・あり ]										
		詳細:( )										
	筋・骨格	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 ]										
	皮膚・粘膜	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:( )										
		尋麻疹様皮疹: [ なし・発熱発作時のみ・持続的 ]										
	眼	皮疹(その他):( )										
結膜炎: [ なし・あり ] 発症間隔: [ 発熱発作時のみ・持続的 ]												
耳鼻咽喉	ぶどう膜炎: [ なし・あり ] 視神経乳頭浮腫: [ なし・あり ]											
	感音性難聴: [ なし・あり ]											
消化器	嘔吐: [ なし・あり ] 炎症性腸疾患: [ なし・あり ]											
	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・神経	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 ]											
その他	神経症状: [ 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):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 ] 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 ]	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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( )	市区町村	
現在の身長・体重	身長(測定日)	cm ( SD )			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(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									
		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): ( )										
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 赤沈(1時間値): これまでの最高値: ( )mm/h CRP: これまでの最高値: ( )mg/dL 血清アミロイドA: これまでの最高値: ( )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 TNF-alpha: これまでの最高値: ( )pg/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): これまでの最低値: ( )mm/h CRP: これまでの最低値: ( )mg/dL 血清アミロイドA: これまでの最低値: ( )µg/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: これまでの最低値: ( )pg/mL・未実施					
	リウマトイド因子(定量): ( )IU/mL・未実施 自己抗体(その他): ( )					抗CCP抗体: ( )U/mL・未実施					
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 ] 抗リウマチ薬 (その他): ( ) 生物学的製剤: [ なし ・ あり ]    詳細: ( ) 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	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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か	月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			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 (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 ]						
		骨髄炎 : [ なし ・ あり ] 部位 : ( )									
	皮膚・粘膜	筋・骨格症状 (その他) : ( )									
		皮疹 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )									
	眼	皮膚出現や増悪の契機 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )									
		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) : ( )										
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) : ( ) mm/h			CRP : ( ) mg/dL				
	血清アミロイドA : ( ) µg/mL ・ 未実施			MMP-3 : ( ) ng/mL ・ 未実施							
病理検査	自己抗体 (その他) : ( )										
	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 (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 ]					
眼科学的検査	所見 (その他) : ( )										
	超音波検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )										
眼科学的検査	視力検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )										
	右 (裸眼) : ( )		左 (裸眼) : ( )		右 (矯正後) : ( )		左 (矯正後) : ( )				

告示番号 **20** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )      NOD2遺伝子異常: [ なし ・ あり ] NOD2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 ]      コルチヒン: [ 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 ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ]      強心薬: [ なし ・ あり ]      利尿薬: [ なし ・ あり ]      免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 詳細: (      )		
	リハビリテーション      理学療法: [ 未実施 ・ 実施 ]      作業療法: [ 未実施 ・ 実施 ]		
血液浄化	血液浄化法: [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細: (      )		
治療	治療 (その他): (      )		
今後の治療方針	今後の治療方針: (      )		
	治療見込み期間 (入院)      開始日: (      年      月      日 )      終了日: (      年      月      日 ) 治療見込み期間 (外来)      開始日: (      年      月      日 )      終了日: (      年      月      日 )      通院頻度: (      )回/月		
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日		年      月      日
医療機関住所	診療科		
	医師名		(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )		

病名	<b>19 中條・西村症候群</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
受給者番号		受診日	年 月 日			

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

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

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	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 (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: ( )
		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・骨格	筋力低下: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 筋・骨格症状 (その他): ( )
		皮膚・粘膜
	皮膚・粘膜	ヘリオトロープ様皮疹: [ なし ・ あり ] 結節性紅斑様皮疹: [ なし ・ あり ] 凍瘡様皮疹 (手足): [ なし ・ あり ] 限局性脂肪萎縮: [ なし ・ あり ] 皮疹 (その他): 部位: ( ) 皮疹 (その他): ( )
		眼
眼	眼球突出: [ なし ・ あり ] 視力低下: [ なし ・ あり ] 眼症状 (その他): ( )	
	内分泌・代謝	
耐糖能異常: [ なし ・ あり ] 高コレステロール血症: [ なし ・ あり ] 高トリグリセリド血症: [ なし ・ あり ] 肥満: [ なし ・ あり ]		
精神・神経	てんかん: [ なし ・ あり ] 精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] 神経症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )	
	その他	
症状 (その他): ( )		

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	ヘモグロビン (Hb): これまでの最低値: ( ) g/dL
	赤沈 (1時間値): これまでの最高値: ( ) mm/h
	CRP: これまでの最高値: ( ) mg/dL
	血清アミロイドA: これまでの最高値: ( ) 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
	LDH: これまでの最高値: ( ) U/L
	CK: これまでの最高値: ( ) U/L
	血清IgG: これまでの最高値: ( ) mg/dL
	血清IgE: これまでの最高値: ( ) IU/mL
	抗核抗体: これまでの最高値: ( ) 倍 ・ 未実施
自己抗体 (その他): これまでの最高値: ( )	
血液検査所見 (その他): ( )	
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( ) 所見: ( )

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

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
家族歴	家系：[ 日本人 ・ 日本人以外 ] 詳細：( )
	両親の血族婚：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )
予防接種歴 (生ワクチン)	BCG：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 麻疹：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 風疹：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 水痘：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] ムンプス：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] ロタウイルス：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] その他：( )

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

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

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日

医療機関住所 診療科 医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	<b>20 高IgD症候群 (メバロン酸キナーゼ欠損症)</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か	月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			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 (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									
		リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ] 部位: ( )									
	漿膜炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( )										
	アミロイドーシス (腎): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (肝): [ なし ・ あり ] アミロイドーシス (消化器): [ なし ・ あり ]										
	アミロイドーシス (その他): ( )										
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 関節の機能障害: [ なし ・ あり ]									
		関節の嚢腫状腫脹 (足背): [ なし ・ あり ] 関節の嚢腫状腫脹 (手背): [ なし ・ あり ]									
		屈指症 (手指): [ なし ・ あり ] 屈指症 (足趾): [ なし ・ あり ]									
皮膚・粘膜	口内炎: [ なし ・ あり ]										
	皮疹: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )										
眼	眼症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )										
消化器	肝腫: [ なし ・ あり ] 脾腫: [ なし ・ あり ] 腹痛: [ なし ・ あり ] 下痢: [ なし ・ あり ] 嘔吐: [ なし ・ あり ]										
精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )										
その他	症状 (その他): ( )										
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										
	メバロン酸キナーゼ活性: 判定: [ 正常 ・ 低下 ・ 未実施 ] メバロン酸キナーゼ活性: ( ) %										
	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						
尿検査	尿中メバロン酸: [ 正常 ・ 増加 ・ 未実施 ]					尿中メバロン酸 (測定値): ( ) µg/mg ・ Cr					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					MVK 遺伝子以外の疾患関連変異: [ なし ・ あり ]					
詳細: ( )											
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )										
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )										

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

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬：[ なし ・ あり ]      ステロイド薬：[ なし ・ あり ]      免疫調整薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]      抗凝固薬：[ なし ・ あり ]      強心薬：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ]      免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ]
	生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 詳細：( )

リハビリテーション	理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ]      作業療法：[ 未実施 ・ 実施 ]
-----------	--

血液浄化	血液浄化法：[ 未実施 ・ 実施 ] 詳細：( )
------	------------------------------

治療	治療 (その他)：( )
----	--------------

今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(      年      月      日 ) 終了日：(      年      月      日 )
	治療見込み期間 (外来) 開始日：(      年      月      日 ) 終了日：(      年      月      日 ) 通院頻度：(      )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

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

病名	<b>21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			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 (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 ] □ 口内炎: [ なし ・ あり ] 注射部位の膿瘍形成: [ なし ・ あり ]								
		嚢胞性ざ瘡: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( ) 歳 部位: ( ) 壊疽性膿皮症: [ なし ・ あり ] 発症年齢: ( ) 歳 部位: ( )								
	眼	眼症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )								
	消化器	炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]								
その他	症状 (その他): ( )									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL ヘマトクリット (Ht): ( ) % 血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L 血清IgG: ( ) mg/dL 赤沈 (1時間値): ( ) mm/h CRP: ( ) mg/dL 血清アミロイドA: ( ) $\mu$ g/mL ・ 未実施 自己抗体 (その他): ( )									
病理検査	関節穿刺: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( ) 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )									
	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( ) 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )									
画像検査	画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( ) 年 月 日 ) 検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )									
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( ) 年 月 日 ) PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異: [ なし ・ あり ] PSTPIP1遺伝子以外の疾患関連変異: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )									
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )									
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )									



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

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬：[ なし ・ あり ]          ステロイド薬：[ なし ・ あり ]          免疫調整薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]          抗凝固薬：[ なし ・ あり ]          強心薬：[ なし ・ あり ]          利尿薬：[ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法：[ なし ・ あり ]
	生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 詳細：( )

リハビリテーション	理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ]          作業療法：[ 未実施 ・ 実施 ]
-----------	--

血液浄化	血液浄化法：[ 未実施 ・ 実施 ] 詳細：( )
------	------------------------------

治療	治療 (その他)：( )
----	--------------

今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院)    開始日：(    年    月    日 )    終了日：(    年    月    日 )
	治療見込み期間 (外来)    開始日：(    年    月    日 )    終了日：(    年    月    日 )    通院頻度：(    )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

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

病名	<b>22 慢性再発性多発性骨髄炎</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )								
受給者番号		受診日	年	月	日										
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)									
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男	・	女	・	性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( )	市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			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(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):( )													
		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):( )														
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載															
血液検査	白血球数:( )/μL				ヘモグロビン(Hb):( )g/dL				ヘマトクリット(Ht):( )%						
	血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL				赤沈(1時間値):( )mm/h				CRP:( )mg/dL						
血清アミロイドA:( )μg/mL・未実施				プロカルシトニン:( )ng/mL・未実施											
自己抗体(その他):( )															
病理検査	関節穿刺:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 部位:( ) 所見:( )														
	生検:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 部位:( ) 所見:( )														

画像検査	単純X線検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
	シンチグラフィ (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 異常取込: [ なし ・ あり ] 異常部位: ( )
	核医学検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
	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): ( )
------------	-----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
-----	-----------------------------

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

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [ なし ・ あり ]      ステロイド薬: [ なし ・ あり ]      免疫調整薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]      抗凝固薬: [ なし ・ あり ]      強心薬: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]      免疫グロブリン療法: [ なし ・ あり ]
	生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )

リハビリテーション	理学療法: [ 未実施 ・ 実施 ]      作業療法: [ 未実施 ・ 実施 ]
-----------	--

血液浄化	血液浄化法: [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細: ( )
------	--------------------------------

治療	治療 (その他): ( )
----	---------------

今後の治療方針	今後の治療方針: ( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

医療機関・医師署名

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

病名	<b>23 インターロイキン I 受容体拮抗分子欠損症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD )			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 (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 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 ] 口内炎: [ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍: [ 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 (申請時) ※直近の状況を記載									
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L		赤沈 (1時間値): ( ) mm/h		CRP: ( ) mg/dL				
	血清アミロイド A: ( ) $\mu$ g/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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定		
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( )	市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			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			する・しない・不明		
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載											
症状	全身	発熱:[ なし・あり ] 熱型:[ 稽留熱・弛張熱・間欠熱・波状熱・その他 ] 発熱期間:( )日間 熱型(その他):( ) 発熱間隔:[ 持続的・発作的・不定期 ] 周期性:[ なし・あり ] 発熱周期:( )か月毎ぐらい・週毎ぐらい									
		低身長(-2.0SD以下):[ なし・あり ]			先天性赤血球異形成貧血:[ なし・あり ]			血管炎:[ なし・あり ]			
		アミロペクチノーシス:[ なし・あり ]			肉芽腫性病変:[ なし・あり ]						
		易感染性:[ なし・あり ] 部位:( ) 病原体:( )									
		リンパ節腫脹:[ なし・あり ] 部位:( )									
		漿膜炎:[ なし・あり ] 部位:( )									
		寒冷誘発炎症:[ なし・あり ] 詳細:( )									
	筋・骨格	アミロイドーシス(腎):[ なし・あり ] アミロイドーシス(肝):[ なし・あり ] アミロイドーシス(消化器):[ なし・あり ] アミロイドーシス(その他):( )									
		炎症発作の誘因:[ なし・あり ] 詳細:( )									
		関節腫脹:[ なし・あり ] 部位:( )									
		関節痛:[ なし・あり ] 部位:( )									
		関節の機能障害:[ なし・あり ] 部位:( )									
		筋痛:[ なし・あり ] 部位:( )									
		骨格筋障害:[ なし・あり ] 部位:( )									
皮膚・粘膜	骨髄炎:[ なし・あり ] 部位:( )										
	線維性軟骨異形成:[ なし・あり ] 部位:( )										
	顎骨の拡大:[ なし・上顎・下顎 ] 筋・骨格症状(その他):( )										
	毛包性丘疹:[ なし・あり ] 寒冷蕁麻疹:[ なし・あり ] 網状皮疹:[ なし・あり ] 蕁麻疹様発疹:[ なし・あり ] 尋常性乾癬:[ なし・あり ] 膿疱性乾癬:[ なし・あり ] 慢性毛包炎:[ なし・あり ] □内炎:[ なし・あり ] 多毛症:[ なし・あり ] 掌蹠角化症:[ なし・あり ] 色素過剰症:[ なし・あり ] 皮疹(その他):( )										
眼	眼症状:[ なし・あり ] 詳細:( )										
耳鼻咽喉	雑聴:[ なし・あり ]										

症状	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 ]
		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 ]					
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 ] 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 (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	
病理検査	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): ( )		
遺伝学的検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	疾患関連変異: [ なし ・ あり ]
	部位: ( )		
検査所見 (その他)	所見: ( )		
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 詳細: ( )		
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 ]
リハビリテーション	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: ( )		
血液浄化	理学療法: [ 未実施 ・ 実施 ] 作業療法: [ 未実施 ・ 実施 ]		
治療	血液浄化法: [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細: ( )		
今後の治療方針	治療 (その他): ( )		
	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 ( \_\_\_\_\_ )