

病名	1 若年性特発性関節炎					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	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 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														
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]								

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	2 全身性エリテマトーデス					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <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 %	
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]					
	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 ⁴ /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: ()		
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] 合併症 (その他): ()	シェーグレン症候群: [なし ・ あり]	
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] 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		
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"/> 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										
診断	診断分類 (皮膚筋炎/多発性筋炎): [皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]									
症状	全身	発熱: [なし ・ あり] 体重減少: [なし ・ あり] 浮腫 (全身性): [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()								
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 関節拘縮: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり] 筋把握痛: [なし ・ あり] 筋痛: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 筋萎縮: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()								
	皮膚・粘膜	爪郭発赤: [なし ・ あり] 日光過敏: [なし ・ あり] レイノー現象: [なし ・ あり] 蝶形紅斑: [なし ・ あり] 紅斑 (関節伸側): [なし ・ あり] ゴットロン丘疹: [なし ・ あり] ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑): [なし ・ あり] ヘリオトロープ疹: [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): ()								
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: ()% ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /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		
画像検査	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)：()
	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	4 シェーグレン (Sjogren) 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	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 (申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数: () / μ 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-A/Ro抗体: EIA法: () U/mL ・ 未実施 抗SS-B/La抗体: オクタロニー法: () 倍 ・ 未実施 抗SS-B/La抗体: EIA法: () U/mL ・ 未実施 リウマトイド因子 (定量): () IU/mL ・ 未実施 血清ハプトグロビン: () mg/dL ・ 未実施 自己抗体 (その他): ()										
	ムンプスIgG (EIA): () ・ 未実施 ムンプスIgM (EIA): () ・ 未実施										
	HBs抗原: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBe抗原: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] Hbc抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBe抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBs抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]										
	HCV抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HTLV-1抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HIV抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]										
	尿検査	細胞円柱: [なし ・ あり ・ 未実施] 血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 一日尿蛋白量: () g/day ・ 未実施 尿中蛋白量: () mg/dL 尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]									

唾液腺・ 涙腺分泌検査	シルマーテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]	実施日: (年 月 日)	シルマーテスト (右眼): ()mm/5分	シルマーテスト (左眼): ()mm/5分
	ローズベンガルテスト: [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]
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)	取り込み低下: [なし ・ あり]	酸刺激での分泌低下: [なし ・ あり]
			部位: ()	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]	プロムヘキシシン: [なし ・ あり]
	漢方薬: [なし ・ あり]		
	点眼薬: ヒアルロン酸: [なし ・ あり]	ジグアスホル: [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"/> 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
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 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:()									

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	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:()/μL			ヘモグロビン(Hb):()g/dL			血小板数:()×10 ⁴ /μL			
	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	7 高安動脈炎 (大動脈炎症候群)					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												
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・IIa・IIb・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): ()											
	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 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"/> 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)
氏名	ふりがな
(Alphabet)	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 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] 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)	
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): ()	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]		
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] 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
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日		年 月 日
医療機関住所	診療科		(印)
	医師名		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

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"/> 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													
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: () / μ 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: () μ g/mL ・ 未実施		FDP: () μ 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												

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"/> 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): ()				

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			

告示番号 **2** 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]	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [なし ・ あり]	気道狭窄: [なし ・ あり]
	大腿骨頭壊死: [なし ・ あり]	合併症(その他): ()	

重症度分類	重症度 (顕微鏡的多発血管炎): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V]
-------	--

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

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

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

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

血液浄化	血液浄化法: [未実施 ・ 実施]	
	詳細: ()	

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

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

治療	治療(その他): ()
----	--------------

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

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

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

病名	11 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症			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): ()				

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] 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	12 再発性多発軟骨炎			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

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: () / μ 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	13 強皮症			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	皮膚・粘膜	スキンスコア値 (total skin thickness score) : () ・ 未実施		
		皮膚硬化 (体幹) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (上腕) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (前腕) : [なし ・ あり]
		皮膚硬化 (手背) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (手指) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (足趾) : [なし ・ あり]
		皮膚硬化 (足背) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (下腿) : [なし ・ あり]	皮膚硬化 (大腿) : [なし ・ あり]
		レイノー現象 : [なし ・ あり]	手指先端部の虫食い状癬痕 : [なし ・ あり]	爪上皮内出血点 : [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜症状 (その他) : ()			
	呼吸器・循環器	息切れ : [なし ・ あり]	動悸 : [なし ・ あり]	両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [なし ・ あり]
		循環器・呼吸器症状 (その他) : ()		
	消化器	胸やけ : [なし ・ あり]	胃食道逆流症 : [なし ・ あり]	食物のつかえ : [なし ・ あり]
		消化器症状 (その他) : ()		
	その他	症状 (その他) : ()		

検査所見 (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 : [なし ・ あり]	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 : [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"/> 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]											
	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							
	尿中蛋白量:()mg/dL												
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] 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	15 家族性地中海熱					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											
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 (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 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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													
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: ()											
		漿膜炎: [なし ・ あり] 部位: ()											
		アミロイドーシス (腎): [なし ・ あり] アミロイドーシス (肝): [なし ・ あり] アミロイドーシス (消化器): [なし ・ あり] アミロイドーシス (その他): ()											
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的]											
		関節痛: [なし ・ あり] 発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的]											
		関節熱感: [なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的]											
		骨幹端過形成: [なし ・ あり] 部位: ()											
	皮膚・粘膜	蕁麻疹様皮疹: [なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的] 皮疹 (その他): ()											
	眼	結膜炎: [なし ・ あり] 発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的]											
		ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 視神経乳頭浮腫: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	感音性難聴: [なし ・ あり]											
	消化器	嘔吐: [なし ・ あり] 炎症性腸疾患: [なし ・ あり]											
精神・神経	頭痛: [なし ・ あり] 頭痛:発症間隔: [発熱発作時のみ ・ 持続的] 無菌性髄膜炎: [なし ・ あり] 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害: [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり]												
	神経症状: [なし ・ あり] 詳細: ()												
その他	症状 (その他): ()												
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]	コルチシン: [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 : ()									
		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) : ()											
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								
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 : ()											
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) : ()										
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	19 中條・西村症候群			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	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 (申請時) ※直近の状況を記載

症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]
		発熱: [なし ・ あり] 熱型: [稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 熱型 (その他): () 発熱間隔: [持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性: [なし ・ あり] 発熱周期: () か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい
		寒冷誘発炎症: [なし ・ あり] 詳細: ()
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 関節拘縮: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり] 筋萎縮: [なし ・ あり] 筋炎: [なし ・ あり] 長く節くれ立った指: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 部位: () 筋・骨格症状 (その他): ()
	皮膚・粘膜	ヘリオトロープ様皮疹: [なし ・ あり] 結節性紅斑様皮疹: [なし ・ あり] 凍瘡様皮疹 (手足): [なし ・ あり] 限局性脂肪萎縮: [なし ・ あり] 皮疹 (その他): 部位: () 皮疹 (その他): ()
	眼	眼球突出: [なし ・ あり] 視力低下: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()
	内分泌・代謝	耐糖能異常: [なし ・ あり] 高コレステロール血症: [なし ・ あり] 高トリグリセリド血症: [なし ・ あり] 肥満: [なし ・ あり]
	精神・神経	てんかん: [なし ・ あり] 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 神経症状: [なし ・ あり] 詳細: ()
その他	症状 (その他): ()	

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

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

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	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"/> 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] 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: ()									
	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	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"/> 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: () / μ 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: () μ 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: ()										

病名	22 慢性再発性多発性骨髄炎					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										
		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 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) 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	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"/> 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]		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: () / μ L		赤沈 (1時間値): () mm/h		CRP: () mg/dL				
	血清アミロイド A: () μ 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	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: ()								
		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] 口内炎: [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]
		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]			
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: ()		
所見: ()			
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]
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)
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 (_____)