

告示番号		20		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2		
病名		18 ブラウ（Blau）症候群／若年発症サルコイドーシス								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号				受診日		年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村				
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI				
										肥満度				
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日								
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり		
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載														
基本情報		発症年齢：()歳												
症状	全身	発熱 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎：[なし ・ あり]												
		筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり] 屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり] 骨髓炎：[なし ・ あり] 部位：() 筋・骨格症状 (その他)：()											
			皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：() 皮疹出現や増悪の契機：[なし ・ あり] 詳細：()										
				眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 視力低下：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()									
	消化器		炎症性腸疾患：[なし ・ あり]											
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()												
		その他	低ガンマグロブリン血症：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
	症状	全身	発熱 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 熱型 (その他)：() 発熱間隔：[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性：[なし ・ あり] 発熱周期：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 血管炎：[なし ・ あり]											
			筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり] 屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり] 骨髓炎：[なし ・ あり] 部位：() 筋・骨格症状 (その他)：()										
				皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：() 皮疹出現や増悪の契機：[なし ・ あり] 詳細：()									
					眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 視力低下：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()								
		消化器		炎症性腸疾患：[なし ・ あり]										

症状	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()										
	その他	低ガンマグロブリン血症：[なし ・ あり] 症状（その他）：()										
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載												
血液検査	血清IgG：()mg/dL 血清アミロイドA：()μg/mL・未実施 自己抗体（その他）：()			赤沈（1時間値）：()mm/h MMP-3：()ng/mL・未実施			CRP：()mg/dL					
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 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）：()											
	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）：()											
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：()			NOD2遺伝子異常：[なし ・ あり]								
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()										
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載												
血液検査	血清IgG：()mg/dL 血清アミロイドA：()μg/mL・未実施 自己抗体（その他）：()			赤沈（1時間値）：()mm/h MMP-3：()ng/mL・未実施			CRP：()mg/dL					
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 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）：()											
	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）：()											
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：()			NOD2遺伝子異常：[なし ・ あり]								
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()										
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載												
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()											
家族歴	家系：[日本人 ・ 日本人以外] 詳細：()											
	両親の血族婚：[なし ・ あり ・ 不明]											
	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()											
経過（申請時） ※直近の状況を記載												
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬：[なし ・ あり] 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				
				小児慢性特定疾病 指定医番号				()				