

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 全身性強皮症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (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 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]											
		筋炎特異的抗体 (その他) : ()											
病理検査		皮膚生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)						前腕伸側硬化 : [なし ・ あり]					
所見 : ()													
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)						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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()							