

告示番号		19		膠原病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
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) 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	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											
	筋・骨格	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 ]											
	皮膚・粘膜	筋力低下 : [ なし ・ あり ] 部位 : ( )											
		筋・骨格症状 (その他) : ( )											
		ヘリオトロープ様皮疹 : [ なし ・ あり ] 結節性紅斑様皮疹 : [ なし ・ あり ] 凍瘡様皮疹 (手足) : [ なし ・ あり ]											
		限局性脂肪萎縮 : [ なし ・ あり ]											
眼	皮疹 (その他) : 部位 : ( )												
	皮疹 (その他) : ( )												
内分泌・代謝		眼球突出 : [ なし ・ あり ] 視力低下 : [ なし ・ あり ]											
		眼症状 (その他) : ( )											
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 : ( )											

