

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〉		1/2	
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		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 CH50：()U/mL・未実施 CRP：()mg/dL			ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血清IgD：()mg/dL・未実施			血小板数：()×10 ⁴ /μL 赤沈 (1時間値)：()mm/h					
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：()											

