

告示番号		21		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		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		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 <sup>4</sup> /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							
			小児慢性特定疾病 指定医番号			( )				