告示番号 8　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	1　若年性特発性関節炎	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
病型		発症時： [全身型 ・ 少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎]
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] 熱型（その他）：（　　）
		朝のこわばり：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり]　マクロファージ活性化症候群：[なし ・ あり]
	筋・骨格	腫脹関節数：（　　）個 部位詳細：（　　）
		疼痛関節数：（　　）個 部位詳細：（　　）
		関節可動域制限：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		可動域制限関節数：（　　）個 部位詳細：（　　）
		付着部炎：[なし ・ あり]　指趾炎：[なし ・ あり]　腰背部痛：[なし ・ あり]　筋痛：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	爪甲剥離：[なし ・ あり]　爪点状陥凹：[なし ・ あり]　爪油滴：[なし ・ あり]　紅斑性皮疹：[なし ・ あり] リウマトイド結節：[なし ・ あり]　乾癬：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　所見：[無症候性 ・ 症候性]
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]　心膜炎：[なし ・ あり]
	消化器	腹膜炎：[なし ・ あり]　肝腫：[なし ・ あり]　脾腫：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

病型		現　在： [全身型 ・ 全身型発症関節炎 ・ 進展型少関節炎 ・ 持続型少関節炎 ・ リウマトイド因子陰性多関節炎 ・ リウマトイド因子陽性多関節炎 ・ 乾癬性関節炎 ・ 付着部炎関連関節炎 ・ 分類不能関節炎]
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] 熱型（その他）：（　　）
		朝のこわばり：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり]　マクロファージ活性化症候群：[なし ・ あり]
	筋・骨格	腫脹関節数：（　　）個 部位詳細：（　　）
		疼痛関節数：（　　）個 部位詳細：（　　）
		関節可動域制限：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		可動域制限関節数：（　　）個 部位詳細：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 8　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　2/3

症状	筋・骨格	付着部炎：[なし ・ あり]　指趾炎：[なし ・ あり]　腰背部痛：[なし ・ あり]　筋痛：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	爪甲剥離：[なし ・ あり]　爪点状陥凹：[なし ・ あり]　爪油滴：[なし ・ あり]　紅斑性皮疹：[なし ・ あり] リウマトイド結節：[なし ・ あり]　乾癬：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：(　　)
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　所見：[無症候性 ・ 症候性]
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]　心膜炎：[なし ・ あり]
	消化器	腹膜炎：[なし ・ あり]　肝腫：[なし ・ あり]　脾腫：[なし ・ あり]
	その他	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	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：(　　)×10⁴/μL　D-dimer：(　　)μg/mL・未実施　AST：(　　)U/L ALT：(　　)U/L　LDH：(　　)U/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　トリグリセリド（中性脂肪）：(　　)mg/dl　フィブリノゲン：(　　)mg/dl フェリチン：(　　)ng/mL・未実施　赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　MMP-3：(　　)ng/mL・未実施　抗CCP抗体：(　　)U/mL・未実施
	抗核抗体：(　　)倍・未実施　染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他] 染色型（その他）：(　　)
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]　異常パワードプラ（関節内）：[なし ・ あり]　異常パワードプラ（付着部）：[なし ・ あり] 所見（その他）：(　　)
	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 関節裂隙狭小化：[なし ・ あり]　骨びらん：[なし ・ あり]　関節変形（亜脱臼・偏位・過伸展）：[なし ・ あり] 関節強直：[なし ・ あり]　指趾骨基部杯状化：[なし ・ あり]　脊椎の竹節様変化：[なし ・ あり]
	MRI検査（関節）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 関節液貯留：[なし ・ あり]　滑膜肥厚：[なし ・ あり]　骨髄浮腫：[なし ・ あり] 仙腸関節炎：[なし ・ あり] 所見（その他）：(　　)
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：(　　)

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：(　　)×10⁴/μL　D-dimer：(　　)μg/mL・未実施　AST：(　　)U/L ALT：(　　)U/L　LDH：(　　)U/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　トリグリセリド（中性脂肪）：(　　)mg/dl　フィブリノゲン：(　　)mg/dl フェリチン：(　　)ng/mL・未実施　赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL 抗核抗体：(　　)倍・未実施　染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他] 染色型（その他）：(　　) リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　MMP-3：(　　)ng/mL・未実施　抗CCP抗体：(　　)U/mL・未実施
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]　異常パワードプラ（関節内）：[なし ・ あり]　異常パワードプラ（付着部）：[なし ・ あり] 所見（その他）：(　　)
	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 関節裂隙狭小化：[なし ・ あり]　骨びらん：[なし ・ あり]　関節変形（亜脱臼・偏位・過伸展）：[なし ・ あり] 関節強直：[なし ・ あり]　指趾骨基部杯状化：[なし ・ あり]　脊椎の竹節様変化：[なし ・ あり]
	MRI検査（関節）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 関節液貯留：[なし ・ あり]　滑膜肥厚：[なし ・ あり]　骨髄浮腫：[なし ・ あり] 仙腸関節炎：[なし ・ あり] 所見（その他）：(　　)
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	他の膠原病の合併：[なし ・ あり] 合併疾患名：(　　)
	悪性疾患の合併：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 8　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：強直脊椎炎：[なし ・ あり ・ 不明]　家族歴：付着部炎関連関節炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：炎症性腸疾患に伴う仙腸関節炎：[なし ・ あり ・ 不明]　家族歴：Reiter症候群：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴：急性前部ぶどう膜炎：[なし ・ あり ・ 不明] 家族歴（その他）：（　　）
疾患活動性	JADAS-27：（　　）・ 未実施
機能障害	Sterinbrocker機能障害度分類：[未実施 ・ Class Ⅰ ・ Class Ⅱ ・ Class Ⅲ ・ Class Ⅳ]　CHAQ：（　　）点 ・ 未実施
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]　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]
	免疫調整薬：金製剤：[未実施 ・ 無効 ・ 有効]　免疫調整薬：サラゾスルファピリジン：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫調整薬：ブシラミン：[未実施 ・ 無効 ・ 有効]　免疫調整薬：イグラチモド：[未実施 ・ 無効 ・ 有効]
	免疫抑制薬：タクロリムス：[未実施 ・ 無効 ・ 有効]　免疫抑制薬：メトトレキサート：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：ミゾリビン：[未実施 ・ 無効 ・ 有効]　免疫抑制薬：レフルノミド：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫抑制薬：トファシチニブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効]
	生物学的製剤：トシリズマブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効]　生物学的製剤：エタネルセプト：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アダリムマブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効]　生物学的製剤：インフリキシマブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：ゴリムマブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効]　生物学的製剤：セルトリズマブペゴル：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アバタセプト：[未実施 ・ 無効 ・ 有効]　生物学的製剤：カナキヌマブ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤：アナキンラ：[未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤（その他）：（　　）
	抗リウマチ薬（その他）：（　　）
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
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（　　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

告示番号 9　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	2　全身性エリテマトーデス	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日			性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）		
症状	全身	発熱（38℃以上2週間以上持続）：[　なし　・　あり　] 高血圧：[　なし　・　あり　] 全身症状（その他）：（　　）	全身倦怠感：[　なし　・　あり　] 溶血性貧血：[　なし　・　あり　]	浮腫：[　なし　・　あり　]
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎：[　なし　・　あり　] 筋炎：[　なし　・　あり　]	筋痛：[　なし　・　あり　]	筋力低下：[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	日光過敏：[　なし　・　あり　] 円盤状紅斑：[　なし　・　あり　] 鼻腔内潰瘍：[　なし　・　あり　] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）	レイノー現象：[　なし　・　あり　] 蝶形紅斑：[　なし　・　あり　]	脱毛：[　なし　・　あり　] 口腔内潰瘍：[　なし　・　あり　]
	眼	眼痛：[　なし　・　あり　] 眼症状（その他）：（　　）	視力低下：[　なし　・　あり　]	
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[　なし　・　あり　] 肺梗塞：[　なし　・　あり　] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）	間質性肺炎：[　なし　・　あり　] 肺高血圧症：[　なし　・　あり　]	肺出血：[　なし　・　あり　] 心膜炎：[　なし　・　あり　]
	腎・泌尿器	ネフローゼ症候群：[　なし　・　あり　] 腎・泌尿器症状（その他）：（　　）	急性腎不全：[　なし　・　あり　]	慢性腎不全：[　なし　・　あり　]
	消化器	腹痛：[　なし　・　あり　] 消化器症状（その他）：（　　）	腹膜刺激症状：[　なし　・　あり　]	下痢：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	痙攣：[　なし　・　あり　] 脳出血：[　なし　・　あり　] 脊髄障害：[　なし　・　あり　] 脳神経症状：[　なし　・　あり　] 精神・神経症状（その他）：（　　）	意識障害：[　なし　・　あり　] 脳梗塞：[　なし　・　あり　] 無菌性髄膜炎：[　なし　・　あり　]	精神症状：[　なし　・　あり　] 多発単神経炎：[　なし　・　あり　] 器質性脳症候群：[　なし　・　あり　]
	その他	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2週間以上持続）：[　なし　・　あり　] 高血圧：[　なし　・　あり　] 全身症状（その他）：（　　）	全身倦怠感：[　なし　・　あり　] 溶血性貧血：[　なし　・　あり　]	浮腫：[　なし　・　あり　]
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎：[　なし　・　あり　] 筋炎：[　なし　・　あり　]	筋痛：[　なし　・　あり　]	筋力低下：[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	日光過敏：[　なし　・　あり　] 円盤状紅斑：[　なし　・　あり　] 鼻腔内潰瘍：[　なし　・　あり　] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）	レイノー現象：[　なし　・　あり　] 蝶形紅斑：[　なし　・　あり　]	脱毛：[　なし　・　あり　] 口腔内潰瘍：[　なし　・　あり　]
	眼	眼痛：[　なし　・　あり　] 眼症状（その他）：（　　）	視力低下：[　なし　・　あり　]	
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[　なし　・　あり　] 肺梗塞：[　なし　・　あり　] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）	間質性肺炎：[　なし　・　あり　] 肺高血圧症：[　なし　・　あり　]	肺出血：[　なし　・　あり　] 心膜炎：[　なし　・　あり　]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 9　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　2/3

症状	腎・泌尿器	ネフローゼ症候群：[なし ・ あり]　急性腎不全：[なし ・ あり]　慢性腎不全：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：（　　）
	消化器	腹痛：[なし ・ あり]　腹膜刺激症状：[なし ・ あり]　下痢：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：（　　）
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]　脳梗塞：[なし ・ あり]　多発単神経炎：[なし ・ あり] 脊髄障害：[なし ・ あり]　無菌性髄膜炎：[なし ・ あり]　器質性脳症候群：[なし ・ あり] 脳神経症状：[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（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	白血球数：（　　）/μL　白血球分画：リンパ球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰ ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　血小板数：（　　）×10⁴/μL　APTT：（　　）秒 血清総ビリルビン（T-Bil）：（　　）mg/dL　血清直接ビリルビン（D-Bil）：（　　）mg/dL　AST：（　　）U/L ALT：（　　）U/L　LDH：（　　）U/L　血清アミラーゼ：（　　）U/L BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　血清IgG：（　　）mg/dL 赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL　C3：（　　）mg/dL　C4：（　　）mg/dL CH50：（　　）U/mL・未実施　抗核抗体：（　　）倍・未実施
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-A／Ro抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-B／La抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 抗カルジオリピン抗体（IgG）：（　　）U/mL・未実施　抗カルジオリピン抗体（IgM）：（　　）U/mL・未実施 抗CLβ2GP1抗体：（　　）U/mL・未実施　ループスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・未実施　血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施 抗dsDNA抗体：（　　）IU/mL・未実施　抗Sm抗体：（　　）U/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：（　　）U/mL・未実施 自己抗体（その他）：（　　）
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]　一日尿蛋白量：（　　）g/day・未実施 尿中蛋白量：（　　）mg/dL　尿蛋白量／尿中クレアチニン比：（　　）　尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） INS／RPS分類（Class）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ ・ Ⅴ＋Ⅱ ・ Ⅴ＋Ⅲ ・ Ⅴ＋Ⅳ ・ Ⅵ]
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 部位：（　　） 所見：（　　）
生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
画像検査	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：（　　）
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 部位：（　　） 所見：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　白血球分画：リンパ球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰ ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　血小板数：（　　）×10⁴/μL　APTT：（　　）秒 血清総ビリルビン（T-Bil）：（　　）mg/dL　血清直接ビリルビン（D-Bil）：（　　）mg/dL　AST：（　　）U/L ALT：（　　）U/L　LDH：（　　）U/L　血清アミラーゼ：（　　）U/L BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　血清IgG：（　　）mg/dL 赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL　C3：（　　）mg/dL　C4：（　　）mg/dL CH50：（　　）U/mL・未実施　抗核抗体：（　　）倍・未実施
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-A／Ro抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-B／La抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 抗カルジオリピン抗体（IgG）：（　　）U/mL・未実施　抗カルジオリピン抗体（IgM）：（　　）U/mL・未実施 抗CLβ2GP1抗体：（　　）U/mL・未実施　ループスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・未実施　血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施 抗dsDNA抗体：（　　）IU/mL・未実施　抗Sm抗体：（　　）U/mL・未実施 抗RNP（U1-RNP）抗体：（　　）U/mL・未実施 自己抗体（その他）：（　　）
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]　一日尿蛋白量：（　　）g/day・未実施 尿中蛋白量：（　　）mg/dL　尿蛋白量／尿中クレアチニン比：（　　）　尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） INS／RPS分類（Class）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ ・ Ⅴ＋Ⅱ ・ Ⅴ＋Ⅲ ・ Ⅴ＋Ⅳ ・ Ⅵ]
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 部位：（　　） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 9　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
画像検査	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：（　）
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 部位：（　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	抗リン脂質症候群：[なし ・ あり]　シェーグレン症候群：[なし ・ あり] 合併症（その他）：（　）
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]　クロロキン製剤：[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
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（　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　）被保険者記号（　） 被保険者番号（　）被保険者個人単位枝番（　） 資格取得年月日　年　月　日

告示番号 10　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	3　皮膚筋炎／多発性筋炎	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
診断		診断分類（皮膚筋炎／多発筋炎）：[皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]　体重減少：[なし ・ あり]　浮腫（全身性）：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節拘縮：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり]　筋把握痛：[なし ・ あり] 筋痛：[なし ・ あり]　筋力低下：[なし ・ あり]　筋萎縮：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	爪郭発赤：[なし ・ あり]　日光過敏：[なし ・ あり]　レイノー現象：[なし ・ あり]　蝶形紅斑：[なし ・ あり] 紅斑（関節伸側）：[なし ・ あり]　ゴットロン丘疹：[なし ・ あり]　ゴットロン徴候（四肢関節伸側の紅斑）：[なし ・ あり] ヘリオトロープ疹：[なし ・ あり]　皮下石灰化：[なし ・ あり]　粘膜潰瘍：[なし ・ あり]　皮膚潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	眼	網膜血管病変：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（　　）
	呼吸器・循環器	肺高血圧症：[なし ・ あり]　乾性咳嗽：[なし ・ あり]　呼吸困難（労作時）：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり]　心筋炎：[なし ・ あり]　心電図異常：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
	消化器	消化管潰瘍：[なし ・ あり]　消化管穿孔：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：（　　）
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり] 精神・神経症状（その他）：（　　）
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

診断		診断分類（皮膚筋炎／多発筋炎）：[皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]　体重減少：[なし ・ あり]　浮腫（全身性）：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節拘縮：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり]　筋把握痛：[なし ・ あり] 筋痛：[なし ・ あり]　筋力低下：[なし ・ あり]　筋萎縮：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	爪郭発赤：[なし ・ あり]　日光過敏：[なし ・ あり]　レイノー現象：[なし ・ あり]　蝶形紅斑：[なし ・ あり] 紅斑（関節伸側）：[なし ・ あり]　ゴットロン丘疹：[なし ・ あり]　ゴットロン徴候（四肢関節伸側の紅斑）：[なし ・ あり] ヘリオトロープ疹：[なし ・ あり]　皮下石灰化：[なし ・ あり]　粘膜潰瘍：[なし ・ あり]　皮膚潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	眼	網膜血管病変：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（　　）
	呼吸器・循環器	肺高血圧症：[なし ・ あり]　乾性咳嗽：[なし ・ あり]　呼吸困難（労作時）：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり]　心筋炎：[なし ・ あり]　心電図異常：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
	消化器	消化管潰瘍：[なし ・ あり]　消化管穿孔：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 10　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　2/3

症状	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　精神症状：[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（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	白血球数：（　　）/μL　リンパ球：（　　）%　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　ヘマトクリット（Ht）：（　　）% 血小板数：（　　）×10⁴/μL　APTT：（　　）秒　D-dimer：（　　）μg/mL・未実施 FDP：（　　）μg/mL・未実施　AST：（　　）U/L　ALT：（　　）U/L　LDH：（　　）U/L BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　CK：これまでの最高値：（　　）U/L アルドラーゼ：これまでの最高値：（　　）U/L　血清IgG：（　　）mg/dL　KL-6：（　　）U/mL・未実施 赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL　C3：（　　）mg/dL　C4：（　　）mg/dL CH50：（　　）U/mL・未実施　抗核抗体：（　　）倍・未実施
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-A／Ro抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-B／La抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・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Jo-1抗体：（　　）U/mL　抗ARS抗体スクリーニング：[陰性 ・ 陽性] 抗dsDNA抗体：（　　）IU/mL・未実施　抗Sm抗体：（　　）U/mL・未実施　抗RNP（U1-RNP）抗体：（　　）U/mL・未実施 自己抗体（その他）：（　　）
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 一日尿蛋白量：（　　）g/day・未実施　尿中蛋白量：（　　）mg/dL
病理検査	筋生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 筋線維の変性及び細胞浸潤：[なし ・ あり]　皮膚生検：[未実施 ・ 実施]　皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　　） 所見：（　　）
生理機能検査	筋電図検査：[未実施 ・ 実施]　筋電図筋原性変化：[なし ・ あり]
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　拘束性障害：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　　）
	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　DLco：（　　）mL/min/mmHg
画像検査	CT検査（肺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 間質性陰影：[なし ・ あり]　胸水：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　　）
	MRI検査（筋）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　　） 所見：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　リンパ球：（　　）%　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　ヘマトクリット（Ht）：（　　）% 血小板数：（　　）×10⁴/μL　APTT：（　　）秒　D-dimer：（　　）μg/mL・未実施 FDP：（　　）μg/mL・未実施　AST：（　　）U/L　ALT：（　　）U/L　LDH：（　　）U/L BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　CK：これまでの最高値：（　　）U/L アルドラーゼ：これまでの最高値：（　　）U/L　血清IgG：（　　）mg/dL　KL-6：（　　）U/mL・未実施 赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL　C3：（　　）mg/dL　C4：（　　）mg/dL CH50：（　　）U/mL・未実施　抗核抗体：（　　）倍・未実施
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-A／Ro抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-B／La抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・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Jo-1抗体：（　　）U/mL　抗ARS抗体スクリーニング：[陰性 ・ 陽性] 抗dsDNA抗体：（　　）IU/mL・未実施　抗Sm抗体：（　　）U/mL・未実施　抗RNP（U1-RNP）抗体：（　　）U/mL・未実施 自己抗体（その他）：（　　）
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 一日尿蛋白量：（　　）g/day・未実施　尿中蛋白量：（　　）mg/dL
病理検査	筋生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 筋線維の変性及び細胞浸潤：[なし ・ あり]　皮膚生検：[未実施 ・ 実施]　皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　　） 所見：（　　）
生理機能検査	筋電図検査：[未実施 ・ 実施]　筋電図筋原性変化：[なし ・ あり]
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　拘束性障害：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　　）
	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　DLco：（　　）mL/min/mmHg
画像検査	CT検査（肺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 間質性陰影：[なし ・ あり]　胸水：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　　）
	MRI検査（筋）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　　） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 10　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

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：(　　)

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　]　ステロイドパルス療法：[　なし　・　あり　] クロロキン製剤：[　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　]　生物学的製剤：[　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　]
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
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　(　　)　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　(　　)　被保険者記号　(　　) 被保険者番号　(　　)　被保険者個人単位枝番　(　　) 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 7　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	4　シェーグレン（Sjogren）症候群	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]　全身倦怠感：[なし ・ あり]　摂食時よく水を飲む：[なし ・ あり]　朝のこわばり：[なし ・ あり] 全身の疼痛：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり]　溶血性貧血：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	レイノー現象：[なし ・ あり]　鼻の乾燥：[なし ・ あり]　環状紅斑：[なし ・ あり]　う歯の増加：[なし ・ あり] 口腔の痛み：[なし ・ あり]　口渇：[なし ・ あり]　口臭：[なし ・ あり]　血小板減少性紫斑：[なし ・ あり] 高γグロブリン性紫斑：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	唾液腺	耳下腺腫脹の反復：[なし ・ あり]　顎下腺腫脹の反復：[なし ・ あり]　ラヌラ：[なし ・ あり] 唾液腺症状（その他）：（　　）
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　乾燥性角結膜炎：[なし ・ あり]　繰り返す眼の充血：[なし ・ あり] 目のかゆみ：[なし ・ あり]　眼の異物感：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（　　）
	腎・泌尿器	間質性腎炎：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	甲状腺腫：[なし ・ あり]
	精神・神経	無菌性髄膜炎：[なし ・ あり]
	その他	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：[なし ・ あり]　全身倦怠感：[なし ・ あり]　摂食時よく水を飲む：[なし ・ あり]　朝のこわばり：[なし ・ あり] 全身の疼痛：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり]　溶血性貧血：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	レイノー現象：[なし ・ あり]　鼻の乾燥：[なし ・ あり]　環状紅斑：[なし ・ あり]　う歯の増加：[なし ・ あり] 口腔の痛み：[なし ・ あり]　口渇：[なし ・ あり]　口臭：[なし ・ あり]　血小板減少性紫斑：[なし ・ あり] 高γグロブリン性紫斑：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	唾液腺	耳下腺腫脹の反復：[なし ・ あり]　顎下腺腫脹の反復：[なし ・ あり]　ラヌラ：[なし ・ あり] 唾液腺症状（その他）：（　　）
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　乾燥性角結膜炎：[なし ・ あり]　繰り返す眼の充血：[なし ・ あり] 目のかゆみ：[なし ・ あり]　眼の異物感：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（　　）
	腎・泌尿器	間質性腎炎：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	甲状腺腫：[なし ・ あり]
	精神・神経	無菌性髄膜炎：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 7　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

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	白血球数：（　　）/μL　リンパ球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 血小板数：（　　）×10⁴/μL　血清総ビリルビン（T-Bil）：（　　）mg/dL　血清直接ビリルビン（D-Bil）：（　　）mg/dL AST：（　　）U/L　ALT：（　　）U/L　LDH：（　　）U/L　血清アミラーゼ：（　　）U/L 血清アミラーゼアイソザイム（膵由来）：（　　）%・未実施　血清アミラーゼアイソザイム（唾液腺由来）：（　　）%・未実施 BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　血清IgG：（　　）mg/dL　IgG4：（　　）mg/dL 赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL
	抗核抗体：（　　）倍・未実施　染色型：［　均質型　・　辺縁型　・　斑紋型　・　核小体型　・　散在斑紋型　・　その他　］ 染色型（その他）：（　　）
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-A／Ro抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-B／La抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・未実施　血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施 自己抗体（その他）：（　　）
	ムンプスIgG（EIA）：（　　）・未実施　ムンプスIgM（EIA）：（　　）・未実施
	HBs抗原：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　HBe抗原：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］ HBc抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　HBe抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　HBs抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］
	HCV抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　HTLV-1抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　HIV抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］
尿検査	細胞円柱：［　なし　・　あり　・　未実施　］　血尿：［　なし　・　肉眼的血尿　・　顕微鏡的血尿　］　一日尿蛋白量：（　　）g/day・未実施 尿中蛋白量：（　　）mg/dL　尿中ウロビリノーゲン：［　陰性　・　陽性　・　不明　］
唾液腺・涙腺分泌検査	シルマーテスト：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　実施日：（　　年　　月　　日　） シルマーテスト（右眼）：（　　）mm/5分　シルマーテスト（左眼）：（　　）mm/5分
	ローズベンガルテスト：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　実施日：（　　年　　月　　日　） van Bijsterveldスコア（右眼）：（　　）点　van Bijsterveldスコア（左眼）：（　　）点
	蛍光色素試験：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 蛍光色素試験（右）：［　陰性　・　陽性　］　蛍光色素試験（左）：［　陰性　・　陽性　］
	ACR／SICCAスコア：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） ACR／SICCAスコア（右）：（　　）点　ACR／SICCAスコア（左）：（　　）点
	唾液自然分泌量：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　唾液自然分泌量（結果）：（　　）mL/15分
	サクソンテスト：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　サクソンテスト（結果）：（　　）g/2分
	ガムテスト：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　ガムテスト（結果）：（　　）mL/10分
病理検査	皮膚生検：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　皮膚筋炎に合致する所見：［　なし　・　あり　］ その他所見：（　　）
	口唇・小唾液腺生検：［　未実施　・　細胞浸潤なし　・　細胞浸潤あり　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 細胞浸潤の程度：［　1 focus 未満/4mm2　・　1 focus以上/4mm2　］　フォーカススコア：（　　）
	生検（その他）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
画像検査	シアログラフィ（耳下腺）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） Rubin-Holt分類 Stage：［　0　・　1　・　2　・　3　・　4　］　方法：［　X線　・　MRI　］
	シンチグラフィ（唾液腺）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 取り込み低下：［　なし　・　あり　］　酸刺激での分泌低下：［　なし　・　あり　］ 所見（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　リンパ球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 血小板数：（　　）×10⁴/μL　血清総ビリルビン（T-Bil）：（　　）mg/dL　血清直接ビリルビン（D-Bil）：（　　）mg/dL AST：（　　）U/L　ALT：（　　）U/L　LDH：（　　）U/L　血清アミラーゼ：（　　）U/L 血清アミラーゼアイソザイム（膵由来）：（　　）%・未実施　血清アミラーゼアイソザイム（唾液腺由来）：（　　）%・未実施 BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　血清IgG：（　　）mg/dL　IgG4：（　　）mg/dL 赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL
	抗核抗体：（　　）倍・未実施　染色型：［　均質型　・　辺縁型　・　斑紋型　・　核小体型　・　散在斑紋型　・　その他　］ 染色型（その他）：（　　）
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-A／Ro抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-B／La抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・未実施　血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施 自己抗体（その他）：（　　）
	ムンプスIgG（EIA）：（　　）・未実施　ムンプスIgM（EIA）：（　　）・未実施
	HBs抗原：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　HBe抗原：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］ HBc抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　HBe抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　HBs抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］
	HCV抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　HTLV-1抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　HIV抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］
尿検査	細胞円柱：［　なし　・　あり　・　未実施　］　血尿：［　なし　・　肉眼的血尿　・　顕微鏡的血尿　］　一日尿蛋白量：（　　）g/day・未実施 尿中蛋白量：（　　）mg/dL　尿中ウロビリノーゲン：［　陰性　・　陽性　・　不明　］
唾液腺・涙腺分泌検査	シルマーテスト：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　実施日：（　　年　　月　　日　） シルマーテスト（右眼）：（　　）mm/5分　シルマーテスト（左眼）：（　　）mm/5分

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 7　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　3/4

唾液腺・涙腺分泌検査	ローズベンガルテスト：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]　実施日：（　年　月　日 ） van Bijsterveldスコア（右眼）：（　）点　van Bijsterveldスコア（左眼）：（　）点
	蛍光色素試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 蛍光色素試験（右）：[陰性 ・ 陽性]　蛍光色素試験（左）：[陰性 ・ 陽性]
	ACR／SICCAスコア：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） ACR／SICCAスコア（右）：（　）点　ACR／SICCAスコア（左）：（　）点
	唾液自然分泌量：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　唾液自然分泌量（結果）：（　）mL/15分
	サクソンテスト：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　サクソンテスト（結果）：（　）g/2分
	ガムテスト：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　ガムテスト（結果）：（　）mL/10分
病理検査	皮膚生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり] その他所見：（　）
	口唇・小唾液腺生検：[未実施 ・ 細胞浸潤なし ・ 細胞浸潤あり]　実施日：（　年　月　日 ） 細胞浸潤の程度：[1 focus 未満/4mm2 ・ 1 focus以上/4mm2]　フォーカススコア：（　）
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　部位：（　） 所見：（　）
画像検査	シアログラフィ（耳下腺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） Rubin-Holt分類 Stage：[0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4]　方法：[X線 ・ MRI]
	シンチグラフィ（唾液腺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　部位：（　） 取り込み低下：[なし ・ あり]　酸刺激での分泌低下：[なし ・ あり] 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：（　）
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]　生物学的製剤：[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] 人工唾液：[なし ・ あり]
	唾液分泌促進薬：セビメリン：[なし ・ あり]　ピロカルピン：[なし ・ あり]　ブロムヘキシン：[なし ・ あり] 漢方薬：[なし ・ あり]
	点眼薬：ヒアルロン酸：[なし ・ あり]　ジクアスホル：[なし ・ あり]　レバミピド：[なし ・ あり] 人工涙液：[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 ） 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
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（　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 7　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

告示番号	6	膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	1/3

病名	5　抗リン脂質抗体症候群	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	溶血性貧血：[　なし　・　あり　]　　血小板減少症（10万未満）：[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	肺塞栓症：[　なし　・　あり　] 診断方法：（　　）
		動脈血栓症：[　なし　・　あり　] 部位：（　　） 詳細：（　　）
		静脈血栓症：[　なし　・　あり　] 部位：（　　） 詳細：（　　）
		血栓性微小血管障害：[　なし　・　あり　] 部位：（　　） 詳細：（　　）
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	全身	溶血性貧血：[　なし　・　あり　]　　血小板減少症（10万未満）：[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	肺塞栓症：[　なし　・　あり　] 診断方法：（　　）
		動脈血栓症：[　なし　・　あり　] 部位：（　　） 詳細：（　　）
		静脈血栓症：[　なし　・　あり　] 部位：（　　） 詳細：（　　）
		血栓性微小血管障害：[　なし　・　あり　] 部位：（　　） 詳細：（　　）
	その他	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	ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　　実施日：（　　年　　月　　日） 血小板数：（　　）×10⁴/μL　　実施日：（　　年　　月　　日）
	網赤血球：（　　）‰　　PT：（　　）秒　　PT：（　　）%　　PT-INR：（　　） APTT：（　　）秒　　D-dimer：（　　）μg/mL・未実施　　FDP：（　　）μg/mL・未実施 血清間接ビリルビン：（　　）mg/dL C3：（　　）mg/dL　　C4：（　　）mg/dL　　CH50：（　　）U/mL・未実施 ループスアンチコアグラント：[　未実施　・　陰性　・　陽性　]　　血清梅毒反応：[　未実施　・　陰性　・　陽性　]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 6　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

血液検査	抗カルジオリピン抗体（IgG）：1回目：（　　）U/mL・未実施　実施日：（　年　月　日） 抗カルジオリピン抗体（IgG）：2回目：（　　）U/mL・未実施　実施日：（　年　月　日）
	抗カルジオリピン抗体（IgM）：1回目：（　　）U/mL・未実施　実施日：（　年　月　日） 抗カルジオリピン抗体（IgM）：2回目：（　　）U/mL・未実施　実施日：（　年　月　日）
	抗カルジオリピン・β_2GP1複合体抗体：1回目：（　　）U/mL・未実施　実施日：（　年　月　日） 抗カルジオリピン・β_2GP1複合体抗体：2回目：（　　）U/mL・未実施　実施日：（　年　月　日）
	抗β_2GP1抗体：1回目：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　実施日：（　年　月　日） 抗β_2GP1抗体：2回目：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　実施日：（　年　月　日）
画像検査	超音波検査：［　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：（　　）
	血管造影：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　年　月　日）　部位：（　　） 所見：（　　）
	核医学検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　年　月　日）　部位：（　　） 所見：（　　）
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）：（　　）g/dL　実施日：（　年　月　日） 血小板数：（　　）×10⁴/μL　実施日：（　年　月　日）
	網赤血球：（　　）‰　PT：（　　）秒　PT：（　　）%　PT-INR：（　　） APTT：（　　）秒　D-dimer：（　　）μg/mL・未実施　FDP：（　　）μg/mL・未実施 血清間接ビリルビン：（　　）mg/dL C3：（　　）mg/dL　C4：（　　）mg/dL　CH50：（　　）U/mL・未実施 ループスアンチコアグラント：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］　血清梅毒反応：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］
	抗カルジオリピン抗体（IgG）：（　　）U/mL・未実施　抗カルジオリピン抗体（IgM）：（　　）U/mL・未実施 抗カルジオリピン・β_2GP1複合体抗体：（　　）U/mL・未実施　抗β_2GP1抗体：［　未実施　・　陰性　・　陽性　］
画像検査	超音波検査：［　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：（　　）
	血管造影：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　年　月　日）　部位：（　　） 所見：（　　）
	核医学検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　年　月　日）　部位：（　　） 所見：（　　）
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：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	抗凝固薬：［　なし　・　あり　］　抗血小板薬：［　なし　・　あり　］
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
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 6　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 11　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	6　ベーチェット（Behcet）病	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日（　　年　　月　　日）

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）：（　　）

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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 11　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

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	白血球数：（　　）/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　血小板数：（　　）×10⁴/μL CH50：（　　）U/mL・未実施　血清IgD：（　　）mg/dL・未実施　赤沈（1時間値）：（　　）mm/h CRP：（　　）mg/dL
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：（　　）

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　血小板数：（　　）×10⁴/μL CH50：（　　）U/mL・未実施　血清IgD：（　　）mg/dL・未実施　赤沈（1時間値）：（　　）mm/h CRP：（　　）mg/dL
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：（　　）
家族歴	本疾患の家族歴　：父：［　なし　・　あり　・　不明　］　母：［　なし　・　あり　・　不明　］　兄弟：［　なし　・　あり　・　不明　］ 姉妹：［　なし　・　あり　・　不明　］　父方祖父：［　なし　・　あり　・　不明　］　父方祖母：［　なし　・　あり　・　不明　］ 母方祖父：［　なし　・　あり　・　不明　］　いとこ：［　なし　・　あり　・　不明　］　その他：［　なし　・　あり　・　不明　］

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　］　生物学的製剤：［　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　］
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
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 11　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

告示番号 4　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	7　高安動脈炎（大動脈炎症候群）	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日	（　　年　　月　　日）
病型	病型（高安動脈炎）：[弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型（動脈瘤型） ・ 不明] 病型（高安動脈炎、血管造影所見による）：[Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]
	診断の根拠（高安動脈炎）：[画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状（脈なし、血圧左右差） ・ 頭部乏血症状（失明、視力障害等） ・ その他] 診断の根拠（高安動脈炎、その他）：（　　）

症状

全身	発熱：[なし ・ あり]　低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　体重減少：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり]　筋痛：[なし ・ あり]　筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
皮膚・粘膜	レイノー・四肢の冷感：[なし ・ あり]　リベドー（網状皮斑）：[なし ・ あり]　結節性紅斑：[なし ・ あり] 皮下結節：[なし ・ あり]　壊疽：[なし ・ あり]　紫斑：[なし ・ あり]　口腔内潰瘍：[なし ・ あり] 潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　上強膜炎：[なし ・ あり]　結膜炎：[なし ・ あり]　眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり]　視力障害：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（　　）
耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]　鼻閉：[なし ・ あり]　嗄声：[なし ・ あり]　気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり]　中耳炎：[なし ・ あり]　鞍鼻：[なし ・ あり]　難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状（その他）：（　　）
呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]　間質性肺炎：[なし ・ あり]　血痰・喀血：[なし ・ あり]　肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり]　咳嗽：[なし ・ あり]　息切れ：[なし ・ あり]　動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]　間欠跛行：[なし ・ あり]　脈拍欠損：[なし ・ あり]　血管雑音：[なし ・ あり] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]　慢性腎不全：[なし ・ あり]　急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり]　腎梗塞：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：（　　）
消化器	吐血：[なし ・ あり]　下血：[なし ・ あり]　イレウス：[なし ・ あり]　非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：（　　）
精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり]　脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり]　脊髄障害：[なし ・ あり]　麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[なし ・ あり] 精神・神経症状（その他）：（　　）
その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

病型	病型（高安動脈炎）：[弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型（動脈瘤型） ・ 不明] 病型（高安動脈炎、血管造影所見による）：[Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]
	診断の根拠（高安動脈炎）：[画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状（脈なし、血圧左右差） ・ 頭部乏血症状（失明、視力障害等） ・ その他] 診断の根拠（高安動脈炎、その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 4　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

症状	全身	発熱：[なし ・ あり]　低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　体重減少：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：(　　)
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり]　筋痛：[なし ・ あり]　筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：(　　)
	皮膚・粘膜	レイノー・四肢の冷感：[なし ・ あり]　リベドー（網状皮斑）：[なし ・ あり]　結節性紅斑：[なし ・ あり] 皮下結節：[なし ・ あり]　壊疽：[なし ・ あり]　紫斑：[なし ・ あり]　口腔内潰瘍：[なし ・ あり] 潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：(　　)
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　上強膜炎：[なし ・ あり]　結膜炎：[なし ・ あり]　眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり]　視力障害：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：(　　)
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]　鼻閉：[なし ・ あり]　嗄声：[なし ・ あり]　気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり]　中耳炎：[なし ・ あり]　鞍鼻：[なし ・ あり]　難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状（その他）：(　　)
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]　間質性肺炎：[なし ・ あり]　血痰・喀血：[なし ・ あり]　肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり]　咳嗽：[なし ・ あり]　息切れ：[なし ・ あり]　動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]　間欠跛行：[なし ・ あり]　脈拍欠損：[なし ・ あり]　血管雑音：[なし ・ あり] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：(　　)
	腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]　慢性腎不全：[なし ・ あり]　急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり]　腎梗塞：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：(　　)
	消化器	吐血：[なし ・ あり]　下血：[なし ・ あり]　イレウス：[なし ・ あり]　非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：(　　)
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり]　脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり]　脊髄障害：[なし ・ あり]　麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[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（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	白血球数：(　　)/μL　リンパ球：(　　)%　好酸球：(　　)%　ヘモグロビン（Hb）：(　　)g/dL ヘマトクリット（Ht）：(　　)%　血小板数：(　　)×10⁴/μL　PT-INR：(　　)　APTT：(　　)秒 D-dimer：(　　)μg/mL・未実施　FDP：(　　)μg/mL・未実施　血清クレアチニン：(　　)mg/dL CH50：(　　)U/mL・未実施　血清IgG：(　　)mg/dL　血清IgE：(　　)IU/mL 赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL　抗核抗体：(　　)倍・未実施 KL-6：(　　)U/mL・未実施　リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　PR3-ANCA：(　　)IU/mL・未実施 MPO-ANCA：(　　)IU/mL・未実施　抗GBM抗体：(　　)U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]　一日尿蛋白量：(　　)g/day・未実施 尿中蛋白量：(　　)mg/dL
便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
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：[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：(　　)
	MRA検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	血管造影：[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) 部位：(　　) 所見：(　　)
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) 検査名：(　　) 部位：(　　) 所見：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 4　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：（　　）/μL　リンパ球：（　　）%　好酸球：（　　）%　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘマトクリット（Ht）：（　　）%　血小板数：（　　）×10⁴/μL　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 D-dimer：（　　）μg/mL・未実施　FDP：（　　）μg/mL・未実施　血清クレアチニン：（　　）mg/dL CH50：（　　）U/mL・未実施　血清IgG：（　　）mg/dL　血清IgE：（　　）IU/mL 赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL　抗核抗体：（　　）倍・未実施 KL-6：（　　）U/mL・未実施　リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・未実施　PR3-ANCA：（　　）IU/mL・未実施 MPO-ANCA：（　　）IU/mL・未実施　抗GBM抗体：（　　）U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[　なし　・　あり　・　未実施　]　血尿：[　なし　・　肉眼的血尿　・　顕微鏡的血尿　]　一日尿蛋白量：（　　）g/day・未実施 尿中蛋白量：（　　）mg/dL
便検査	便潜血：[　未実施　・　陰性　・　陽性　]
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：[　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：（　　）
	MRA検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　部位：（　　） 所見：（　　）
	血管造影：[　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　）　部位：（　　） 所見：（　　）
	画像検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 検査名：（　　） 部位：（　　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	冠動脈病変：[　なし　・　あり　]　肺動脈病変：[　なし　・　あり　]　大動脈瘤：[　なし　・　あり　] 解離性大動脈瘤：[　なし　・　あり　]　大動脈弁閉鎖不全：[　なし　・　あり　]　大動脈弁直上の大動脈径：（　　）mm 大動脈弁閉鎖不全の程度（カラードプラ法）：[　わずかな逆流　・　僧帽弁前尖まで　・　乳頭筋まで　・　心尖まで　] 大動脈弁変化：[　なし　・　あり　]　気管支喘息：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　　）
重症度分類	重症度（高安動脈炎）：[　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ⅳ　・　Ⅴ　]
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数：（　　）回　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　]　生物学的製剤：[　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　]
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：（　　）
カテーテル治療	カテーテル治療：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 術式：（　　）
手術	手術：[　未実施　・　実施　・　施行予定　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（　　）
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
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 4　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**4/4**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 5　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	8　多発血管炎性肉芽腫症	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
診断		診断の根拠：[臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]　診断時期：（　　年　　月　　日）
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]　低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　体重減少：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり]　筋痛：[なし ・ あり]　筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	リベドー：[なし ・ あり]　結節性紅斑：[なし ・ あり]　皮下結節：[なし ・ あり]　壊疽：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]　口腔内潰瘍：[なし ・ あり]　潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　上強膜炎：[なし ・ あり]　結膜炎：[なし ・ あり]　眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり]　視力障害：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（　　）
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]　鼻閉：[なし ・ あり]　嗄声：[なし ・ あり]　気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり]　中耳炎：[なし ・ あり]　鞍鼻：[なし ・ あり]　難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状（その他）：（　　）
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]　間質性肺炎：[なし ・ あり]　血痰：[なし ・ あり]　肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり]　咳嗽：[なし ・ あり]　息切れ：[なし ・ あり]　動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]　間欠跛行：[なし ・ あり]　脈拍欠損：[なし ・ あり]　血管雑音：[なし ・ あり] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
	腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]　慢性腎不全：[なし ・ あり]　急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり]　腎梗塞：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：（　　）
	消化器	吐血：[なし ・ あり]　下血：[なし ・ あり]　イレウス：[なし ・ あり]　非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：（　　）
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり]　脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり]　脊髄障害：[なし ・ あり]　麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[なし ・ あり] 精神・神経症状（その他）：（　　）
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

診断		診断の根拠：[臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]　診断時期：（　　年　　月　　日）
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]　低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　体重減少：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり]　筋痛：[なし ・ あり]　筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	リベドー：[なし ・ あり]　結節性紅斑：[なし ・ あり]　皮下結節：[なし ・ あり]　壊疽：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]　口腔内潰瘍：[なし ・ あり]　潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 5　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

症状	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　上強膜炎：[なし ・ あり]　結膜炎：[なし ・ あり]　眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり]　視力障害：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：(　　)
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]　鼻閉：[なし ・ あり]　嗄声：[なし ・ あり]　気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり]　中耳炎：[なし ・ あり]　鞍鼻：[なし ・ あり]　難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状（その他）：(　　)
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]　間質性肺炎：[なし ・ あり]　血痰：[なし ・ あり]　肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり]　咳嗽：[なし ・ あり]　息切れ：[なし ・ あり]　動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]　間欠跛行：[なし ・ あり]　脈拍欠損：[なし ・ あり]　血管雑音：[なし ・ あり] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：(　　)
	腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]　慢性腎不全：[なし ・ あり]　急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり]　腎梗塞：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：(　　)
	消化器	吐血：[なし ・ あり]　下血：[なし ・ あり]　イレウス：[なし ・ あり]　非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：(　　)
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり]　脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり]　脊髄障害：[なし ・ あり]　麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[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（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	白血球数：(　　)/μL　リンパ球：(　　)%　好酸球：(　　)%　ヘモグロビン（Hb）：(　　)g/dL ヘマトクリット（Ht）：(　　)%　血小板数：(　　)×10⁴/μL　PT-INR：(　　)　APTT：(　　)秒 D-dimer：(　　)μg/mL・未実施　FDP：(　　)μg/mL・未実施　血清クレアチニン：(　　)mg/dL CH50：(　　)U/mL・未実施　血清IgG：(　　)mg/dL　血清IgE：(　　)IU/mL 赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL　抗核抗体：(　　)倍・未実施 KL-6：(　　)U/mL・未実施　リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　PR3-ANCA：(　　)IU/mL・未実施 MPO-ANCA：(　　)IU/mL・未実施　抗GBM抗体：(　　)U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]　一日尿蛋白量：(　　)g/day・未実施 尿中蛋白量：(　　)mg/dL
便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
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：[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：(　　)
	MRA検査：[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) 部位：(　　) 所見：(　　)
	血管造影：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) 検査名：(　　) 部位：(　　) 所見：(　　)

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：(　　)/μL　リンパ球：(　　)%　好酸球：(　　)%　ヘモグロビン（Hb）：(　　)g/dL ヘマトクリット（Ht）：(　　)%　血小板数：(　　)×10⁴/μL　PT-INR：(　　)　APTT：(　　)秒 D-dimer：(　　)μg/mL・未実施　FDP：(　　)μg/mL・未実施　血清クレアチニン：(　　)mg/dL CH50：(　　)U/mL・未実施　血清IgG：(　　)mg/dL　血清IgE：(　　)IU/mL 赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL　抗核抗体：(　　)倍・未実施 KL-6：(　　)U/mL・未実施　リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　PR3-ANCA：(　　)IU/mL・未実施 MPO-ANCA：(　　)IU/mL・未実施　抗GBM抗体：(　　)U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]　一日尿蛋白量：(　　)g/day・未実施 尿中蛋白量：(　　)mg/dL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 5　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
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：[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：（　）
	MRA検査：[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 ） 部位：（　） 所見：（　）
	血管造影：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 所見：（　）
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 検査名：（　） 部位：（　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	気管支喘息：[なし ・ あり]　在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全：[なし ・ あり]　気道狭窄：[なし ・ あり] 大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　顔面変形：[なし ・ あり] 合併症（その他）：（　）
重症度分類	重症度（多発血管炎性肉芽腫症）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数：（　）回　経過：[軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他] 症状の進行性：[なし ・ あり] 経過（その他）：（　）
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]　生物学的製剤：[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]
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：（　）
カテーテル治療	カテーテル治療：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 術式：（　）
手術	手術：[未実施 ・ 実施 ・ 施行予定]　実施日：（　年　月　日 ） 術式：（　）
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
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 5　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**4/4**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 1　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	9　結節性多発血管炎（結節性多発動脈炎）	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
診断		診断の根拠：[臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]　診断時期：（　　年　　月　　日）
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]　低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　体重減少：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり]　筋痛：[なし ・ あり]　筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	リベドー：[なし ・ あり]　結節性紅斑：[なし ・ あり]　皮下結節：[なし ・ あり]　壊疽：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]　口腔内潰瘍：[なし ・ あり]　潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　上強膜炎：[なし ・ あり]　結膜炎：[なし ・ あり]　眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり]　視力障害：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（　　）
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]　鼻閉：[なし ・ あり]　嗄声：[なし ・ あり]　気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり]　中耳炎：[なし ・ あり]　鞍鼻：[なし ・ あり]　難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状（その他）：（　　）
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]　間質性肺炎：[なし ・ あり]　血痰：[なし ・ あり]　肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり]　咳嗽：[なし ・ あり]　息切れ：[なし ・ あり]　動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]　間欠跛行：[なし ・ あり]　脈拍欠損：[なし ・ あり]　血管雑音：[なし ・ あり] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
	腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]　慢性腎不全：[なし ・ あり]　急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり]　腎梗塞：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：（　　）
	消化器	吐血：[なし ・ あり]　下血：[なし ・ あり]　イレウス：[なし ・ あり]　非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：（　　）
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり]　脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり]　脊髄障害：[なし ・ あり]　麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[なし ・ あり] 精神・神経症状（その他）：（　　）
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

診断		診断の根拠：[臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]　診断時期：（　　年　　月　　日）
	全身	発熱：[なし ・ あり]　低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　体重減少：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり]　筋痛：[なし ・ あり]　筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	リベドー：[なし ・ あり]　結節性紅斑：[なし ・ あり]　皮下結節：[なし ・ あり]　壊疽：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]　口腔内潰瘍：[なし ・ あり]　潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 1　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

症状	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　上強膜炎：[なし ・ あり]　結膜炎：[なし ・ あり]　眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり]　視力障害：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：(　　)
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]　鼻閉：[なし ・ あり]　嗄声：[なし ・ あり]　気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり]　中耳炎：[なし ・ あり]　鞍鼻：[なし ・ あり]　難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状（その他）：(　　)
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]　間質性肺炎：[なし ・ あり]　血痰：[なし ・ あり]　肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり]　咳嗽：[なし ・ あり]　息切れ：[なし ・ あり]　動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]　間欠跛行：[なし ・ あり]　脈拍欠損：[なし ・ あり]　血管雑音：[なし ・ あり] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：(　　)
	腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]　慢性腎不全：[なし ・ あり]　急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり]　腎梗塞：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：(　　)
	消化器	吐血：[なし ・ あり]　下血：[なし ・ あり]　イレウス：[なし ・ あり]　非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：(　　)
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり]　脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり]　脊髄障害：[なし ・ あり]　麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[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（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	白血球数：(　　)/μL　リンパ球：(　　)%　好酸球：(　　)%　ヘモグロビン（Hb）：(　　)g/dL ヘマトクリット（Ht）：(　　)%　血小板数：(　　)×10⁴/μL　PT-INR：(　　)　APTT：(　　)秒 D-dimer：(　　)μg/mL・未実施　FDP：(　　)μg/mL・未実施　血清クレアチニン：(　　)mg/dL CH50：(　　)U/mL・未実施　血清IgG：(　　)mg/dL　血清IgE：(　　)IU/mL 赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL　抗核抗体：(　　)倍・未実施 KL-6：(　　)U/mL・未実施　リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　PR3-ANCA：(　　)IU/mL・未実施 MPO-ANCA：(　　)IU/mL・未実施　抗GBM抗体：(　　)U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]　一日尿蛋白量：(　　)g/day・未実施 尿中蛋白量：(　　)mg/dL
便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
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：[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：(　　)
	MRA検査：[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) 部位：(　　) 所見：(　　)
	血管造影：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) 検査名：(　　) 部位：(　　) 所見：(　　)

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：(　　)/μL　リンパ球：(　　)%　好酸球：(　　)%　ヘモグロビン（Hb）：(　　)g/dL ヘマトクリット（Ht）：(　　)%　血小板数：(　　)×10⁴/μL　PT-INR：(　　)　APTT：(　　)秒 D-dimer：(　　)μg/mL・未実施　FDP：(　　)μg/mL・未実施　血清クレアチニン：(　　)mg/dL CH50：(　　)U/mL・未実施　血清IgG：(　　)mg/dL　血清IgE：(　　)IU/mL 赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL　抗核抗体：(　　)倍・未実施 KL-6：(　　)U/mL・未実施　リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　PR3-ANCA：(　　)IU/mL・未実施 MPO-ANCA：(　　)IU/mL・未実施　抗GBM抗体：(　　)U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]　一日尿蛋白量：(　　)g/day・未実施 尿中蛋白量：(　　)mg/dL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 1　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
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：[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：（　）
	MRA検査：[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 ） 部位：（　） 所見：（　）
	血管造影：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 所見：（　）
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 検査名：（　） 部位：（　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	気管支喘息：[なし ・ あり]　大腿骨頭壊死：[なし ・ あり] 合併症（その他）：（　）
重症度分類	重症度（結節性多発動脈炎）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数：（　）回　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]　生物学的製剤：[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]
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：（　）
カテーテル治療	カテーテル治療：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 術式：（　）
手術	手術：[未実施 ・ 実施 ・ 施行予定]　実施日：（　年　月　日 ） 術式：（　）
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
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 1　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**4/4**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 2　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	10　顕微鏡的多発血管炎	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
診断		診断の根拠：[臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]　診断時期：（　　年　　月　　日）
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]　低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　体重減少：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり]　筋痛：[なし ・ あり]　筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	リベドー：[なし ・ あり]　結節性紅斑：[なし ・ あり]　皮下結節：[なし ・ あり]　壊疽：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]　口腔内潰瘍：[なし ・ あり]　潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　上強膜炎：[なし ・ あり]　結膜炎：[なし ・ あり]　眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり]　視力障害：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（　　）
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]　鼻閉：[なし ・ あり]　嗄声：[なし ・ あり]　気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり]　中耳炎：[なし ・ あり]　鞍鼻：[なし ・ あり]　難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状（その他）：（　　）
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]　間質性肺炎：[なし ・ あり]　血痰：[なし ・ あり]　肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり]　咳嗽：[なし ・ あり]　息切れ：[なし ・ あり]　動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]　間欠跛行：[なし ・ あり]　脈拍欠損：[なし ・ あり]　血管雑音：[なし ・ あり] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
	腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]　慢性腎不全：[なし ・ あり]　急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり]　腎梗塞：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：（　　）
	消化器	吐血：[なし ・ あり]　下血：[なし ・ あり]　イレウス：[なし ・ あり]　非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：（　　）
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり]　脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり]　脊髄障害：[なし ・ あり]　麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[なし ・ あり] 精神・神経症状（その他）：（　　）
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

診断		診断の根拠：[臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して]　診断時期：（　　年　　月　　日）
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]　低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　体重減少：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり]　筋痛：[なし ・ あり]　筋力低下：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	リベドー：[なし ・ あり]　結節性紅斑：[なし ・ あり]　皮下結節：[なし ・ あり]　壊疽：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]　口腔内潰瘍：[なし ・ あり]　潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 2　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

症状	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　上強膜炎：[なし ・ あり]　結膜炎：[なし ・ あり]　眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり]　視力障害：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：(　　)
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]　鼻閉：[なし ・ あり]　嗄声：[なし ・ あり]　気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり]　中耳炎：[なし ・ あり]　鞍鼻：[なし ・ あり]　難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状（その他）：(　　)
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]　間質性肺炎：[なし ・ あり]　血痰：[なし ・ あり]　肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり]　咳嗽：[なし ・ あり]　息切れ：[なし ・ あり]　動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]　間欠跛行：[なし ・ あり]　脈拍欠損：[なし ・ あり]　血管雑音：[なし ・ あり] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：(　　)
	腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]　慢性腎不全：[なし ・ あり]　急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり]　腎梗塞：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：(　　)
	消化器	吐血：[なし ・ あり]　下血：[なし ・ あり]　イレウス：[なし ・ あり]　非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：(　　)
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり]　脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり]　脊髄障害：[なし ・ あり]　麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[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（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	白血球数：(　　)/μL　リンパ球：(　　)%　好酸球：(　　)%　ヘモグロビン（Hb）：(　　)g/dL ヘマトクリット（Ht）：(　　)%　血小板数：(　　)×10⁴/μL　PT-INR：(　　)　APTT：(　　)秒 D-dimer：(　　)μg/mL・未実施　FDP：(　　)μg/mL・未実施　血清クレアチニン：(　　)mg/dL CH50：(　　)U/mL・未実施　血清IgG：(　　)mg/dL　血清IgE：(　　)IU/mL 赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL　抗核抗体：(　　)倍・未実施 KL-6：(　　)U/mL・未実施　リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　PR3-ANCA：(　　)IU/mL・未実施 MPO-ANCA：(　　)IU/mL・未実施　抗GBM抗体：(　　)U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]　一日尿蛋白量：(　　)g/day・未実施 尿中蛋白量：(　　)mg/dL
便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
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：[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：(　　)
	MRA検査：[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) 部位：(　　) 所見：(　　)
	血管造影：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) 検査名：(　　) 部位：(　　) 所見：(　　)

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：(　　)/μL　リンパ球：(　　)%　好酸球：(　　)%　ヘモグロビン（Hb）：(　　)g/dL ヘマトクリット（Ht）：(　　)%　血小板数：(　　)×10⁴/μL　PT-INR：(　　)　APTT：(　　)秒 D-dimer：(　　)μg/mL・未実施　FDP：(　　)μg/mL・未実施　血清クレアチニン：(　　)mg/dL CH50：(　　)U/mL・未実施　血清IgG：(　　)mg/dL　血清IgE：(　　)IU/mL 赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL　抗核抗体：(　　)倍・未実施 KL-6：(　　)U/mL・未実施　リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　PR3-ANCA：(　　)IU/mL・未実施 MPO-ANCA：(　　)IU/mL・未実施　抗GBM抗体：(　　)U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]　一日尿蛋白量：(　　)g/day・未実施 尿中蛋白量：(　　)mg/dL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 2　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
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：[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：（　）
	MRA検査：[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 ） 部位：（　） 所見：（　）
	血管造影：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 所見：（　）
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 検査名：（　） 部位：（　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	気管支喘息：[なし ・ あり]　在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全：[なし ・ あり]　気道狭窄：[なし ・ あり] 大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　合併症（その他）：（　）
重症度分類	重症度（顕微鏡的多発血管炎）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数：（　）回　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]　生物学的製剤：[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]
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：（　）
カテーテル治療	カテーテル治療：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 術式：（　）
手術	手術：[未実施 ・ 実施 ・ 施行予定]　実施日：（　年　月　日 ） 術式：（　）
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
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 2　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**4/4**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 3　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	11　好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定		
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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	%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
診断		診断の根拠：[　臨床的　・　病理的　・　両者を加味して　]　　診断時期：（　　年　　月　　日　）
症状	全身	発熱：[　なし　・　あり　]　低身長（−2.0SD以下）：[　なし　・　あり　]　体重減少：[　なし　・　あり　]　易疲労性：[　なし　・　あり　] 浮腫：[　なし　・　あり　]　高血圧：[　なし　・　あり　]　リンパ節腫脹：[　なし　・　あり　] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[　なし　・　あり　]　関節痛：[　なし　・　あり　]　筋痛：[　なし　・　あり　]　筋力低下：[　なし　・　あり　] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	リベドー：[　なし　・　あり　]　結節性紅斑：[　なし　・　あり　]　皮下結節：[　なし　・　あり　]　壊疽：[　なし　・　あり　] 紫斑：[　なし　・　あり　]　口腔内潰瘍：[　なし　・　あり　]　潰瘍：[　なし　・　あり　] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	眼	ぶどう膜炎：[　なし　・　あり　]　上強膜炎：[　なし　・　あり　]　結膜炎：[　なし　・　あり　]　眼底出血：[　なし　・　あり　] 白斑：[　なし　・　あり　]　視力障害：[　なし　・　あり　] 眼症状（その他）：（　　）
	耳鼻咽喉	鼻出血：[　なし　・　あり　]　鼻閉：[　なし　・　あり　]　嗄声：[　なし　・　あり　]　気道閉塞：[　なし　・　あり　] 副鼻腔炎：[　なし　・　あり　]　中耳炎：[　なし　・　あり　]　鞍鼻：[　なし　・　あり　]　難聴：[　なし　・　あり　] めまい：[　なし　・　あり　] 耳鼻咽喉症状（その他）：（　　）
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[　なし　・　あり　]　間質性肺炎：[　なし　・　あり　]　血痰：[　なし　・　あり　]　肺胞出血：[　なし　・　あり　] 肺高血圧症：[　なし　・　あり　]　咳嗽：[　なし　・　あり　]　息切れ：[　なし　・　あり　]　動悸：[　なし　・　あり　] 胸痛・胸部圧迫感：[　なし　・　あり　]　間欠跛行：[　なし　・　あり　]　脈拍欠損：[　なし　・　あり　]　血管雑音：[　なし　・　あり　] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[　なし　・　あり　] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
	腎・泌尿器	急性腎不全：[　なし　・　あり　]　慢性腎不全：[　なし　・　あり　]　急速進行性糸球体腎炎：[　なし　・　あり　]　腎梗塞：[　なし　・　あり　] 腎・泌尿器症状（その他）：（　　）
	消化器	吐血：[　なし　・　あり　]　下血：[　なし　・　あり　]　イレウス：[　なし　・　あり　]　非特異的炎症性腸炎：[　なし　・　あり　] 消化器症状（その他）：（　　）
	精神・神経	痙攣：[　なし　・　あり　]　意識障害：[　なし　・　あり　]　精神症状：[　なし　・　あり　]　脳出血：[　なし　・　あり　] 脳梗塞：[　なし　・　あり　]　脊髄障害：[　なし　・　あり　]　麻痺：[　なし　・　あり　・　不明　]　多発性単神経炎：[　なし　・　あり　] 無菌性髄膜炎：[　なし　・　あり　] 精神・神経症状（その他）：（　　）
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

診断		診断の根拠：[　臨床的　・　病理的　・　両者を加味して　]　　診断時期：（　　年　　月　　日　）
症状	全身	発熱：[　なし　・　あり　]　低身長（−2.0SD以下）：[　なし　・　あり　]　体重減少：[　なし　・　あり　]　易疲労性：[　なし　・　あり　] 浮腫：[　なし　・　あり　]　高血圧：[　なし　・　あり　]　リンパ節腫脹：[　なし　・　あり　] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[　なし　・　あり　]　関節痛：[　なし　・　あり　]　筋痛：[　なし　・　あり　]　筋力低下：[　なし　・　あり　] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	リベドー：[　なし　・　あり　]　結節性紅斑：[　なし　・　あり　]　皮下結節：[　なし　・　あり　]　壊疽：[　なし　・　あり　] 紫斑：[　なし　・　あり　]　口腔内潰瘍：[　なし　・　あり　]　潰瘍：[　なし　・　あり　] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 3　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　上強膜炎：[なし ・ あり]　結膜炎：[なし ・ あり]　眼底出血：[なし ・ あり] 白斑：[なし ・ あり]　視力障害：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：(　　)
耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]　鼻閉：[なし ・ あり]　嗄声：[なし ・ あり]　気道閉塞：[なし ・ あり] 副鼻腔炎：[なし ・ あり]　中耳炎：[なし ・ あり]　鞍鼻：[なし ・ あり]　難聴：[なし ・ あり] めまい：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状（その他）：(　　)
呼吸器・循環器	胸膜炎：[なし ・ あり]　間質性肺炎：[なし ・ あり]　血痰：[なし ・ あり]　肺胞出血：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり]　咳嗽：[なし ・ あり]　息切れ：[なし ・ あり]　動悸：[なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]　間欠跛行：[なし ・ あり]　脈拍欠損：[なし ・ あり]　血管雑音：[なし ・ あり] 血圧差（左右または上下肢の血圧差10mmHg以上）：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：(　　)
腎・泌尿器	急性腎不全：[なし ・ あり]　慢性腎不全：[なし ・ あり]　急速進行性糸球体腎炎：[なし ・ あり]　腎梗塞：[なし ・ あり] 腎・泌尿器症状（その他）：(　　)
消化器	吐血：[なし ・ あり]　下血：[なし ・ あり]　イレウス：[なし ・ あり]　非特異的炎症性腸炎：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：(　　)
精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり]　脳出血：[なし ・ あり] 脳梗塞：[なし ・ あり]　脊髄障害：[なし ・ あり]　麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　多発性単神経炎：[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎：[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（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	白血球数：(　　)/μL　リンパ球：(　　)%　好酸球：(　　)%　ヘモグロビン（Hb）：(　　)g/dL ヘマトクリット（Ht）：(　　)%　血小板数：(　　)×10⁴/μL　PT-INR：(　　)　APTT：(　　)秒 D-dimer：(　　)μg/mL・未実施　FDP：(　　)μg/mL・未実施　血清クレアチニン：(　　)mg/dL CH50：(　　)U/mL・未実施　血清IgG：(　　)mg/dL　血清IgE：(　　)IU/mL 赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL　抗核抗体：(　　)倍・未実施 KL-6：(　　)U/mL・未実施　リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　PR3-ANCA：(　　)IU/mL・未実施 MPO-ANCA：(　　)IU/mL・未実施　抗GBM抗体：(　　)U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]　一日尿蛋白量：(　　)g/day・未実施 尿中蛋白量：(　　)mg/dL
便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
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：[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：(　　)
	MRA検査：[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) 部位：(　　) 所見：(　　)
	血管造影：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) 検査名：(　　) 部位：(　　) 所見：(　　)

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：(　　)/μL　リンパ球：(　　)%　好酸球：(　　)%　ヘモグロビン（Hb）：(　　)g/dL ヘマトクリット（Ht）：(　　)%　血小板数：(　　)×10⁴/μL　PT-INR：(　　)　APTT：(　　)秒 D-dimer：(　　)μg/mL・未実施　FDP：(　　)μg/mL・未実施　血清クレアチニン：(　　)mg/dL CH50：(　　)U/mL・未実施　血清IgG：(　　)mg/dL　血清IgE：(　　)IU/mL 赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL　抗核抗体：(　　)倍・未実施 KL-6：(　　)U/mL・未実施　リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　PR3-ANCA：(　　)IU/mL・未実施 MPO-ANCA：(　　)IU/mL・未実施　抗GBM抗体：(　　)U/mL・未実施
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]　一日尿蛋白量：(　　)g/day・未実施 尿中蛋白量：(　　)mg/dL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 3　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
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：[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：（　）
	MRA検査：[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 ） 部位：（　） 所見：（　）
	血管造影：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 所見：（　）
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 検査名：（　） 部位：（　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	気管支喘息：[なし ・ あり]　在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全：[なし ・ あり]　気道狭窄：[なし ・ あり] 大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　顔面変形：[なし ・ あり]　合併症（その他）：（　）
重症度分類	重症度（好酸球性多発血管炎性肉芽腫症）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数：（　）回　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]　生物学的製剤：[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]
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：（　）
カテーテル治療	カテーテル治療：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 術式：（　）
手術	手術：[未実施 ・ 実施 ・ 施行予定]　実施日：（　年　月　日 ） 術式：（　）
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
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 3　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**4/4**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 12　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	12　再発性多発軟骨炎	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　　%
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

最終受診日	（　　年　　月　　日　）
診断	確定診断の要件（再発性多発軟骨炎）： （　　）① 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の３つのうち２つの証明された炎症所見 （　　）② 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の３つのうち１つの証明された炎症所見　＋　眼病変、難聴・前庭障害、血清反応陰性関節炎のうちの２つの所見 （　　）③ ②の６つの症状のうち1所見　＋　同部の組織陽性所見 ※軟骨の変性（好塩基性低下、弾性線維と膠原線維の変性・断裂、線維化、石灰化）および炎症細胞浸潤など本症に合致した所見であること

症状		
	筋・骨格	血清反応陰性（リウマチ因子陰性）関節炎：[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	紫斑：[　なし　・　あり　]
	眼	ぶどう膜炎：[　なし　・　あり　]　網膜血管炎：[　なし　・　あり　]　強膜炎：[　なし　・　あり　] 結膜炎：[　なし　・　あり　]　角膜炎・角膜潰瘍：[　なし　・　あり　]　視力障害：[　なし　・　あり　] 眼症状（その他）：（　　）
	耳鼻咽喉	嗄声：[　なし　・　あり　]　鼻軟骨炎：[　なし　・　あり　]　耳介軟骨の炎症、変形：[　なし　・　あり　] 伝音性難聴（外耳道変形による）：[　なし　・　あり　]　感音性難聴：[　なし　・　あり　]　めまい：[　なし　・　あり　] 前庭障害（その他）：（　　）
	呼吸器・循環器	咳嗽：[　なし　・　あり　]　喘鳴：[　なし　・　あり　]　気管切開：[　なし　・　あり　] 呼吸困難：[　なし　・　あり　]　大動脈弁閉鎖不全：[　なし　・　あり　]　僧帽弁閉鎖不全：[　なし　・　あり　] 僧帽弁逸脱：[　なし　・　あり　]　大動脈瘤：[　なし　・　あり　] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
	消化器	悪心：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	運動失調：[　なし　・　あり　・　不明　]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状		
	筋・骨格	血清反応陰性（リウマチ因子陰性）関節炎：[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	紫斑：[　なし　・　あり　]
	眼	ぶどう膜炎：[　なし　・　あり　]　網膜血管炎：[　なし　・　あり　]　強膜炎：[　なし　・　あり　] 結膜炎：[　なし　・　あり　]　角膜炎・角膜潰瘍：[　なし　・　あり　]　視力障害：[　なし　・　あり　] 眼症状（その他）：（　　）
	耳鼻咽喉	嗄声：[　なし　・　あり　]　鼻軟骨炎：[　なし　・　あり　]　耳介軟骨の炎症、変形：[　なし　・　あり　] 伝音性難聴（外耳道変形による）：[　なし　・　あり　]　感音性難聴：[　なし　・　あり　]　めまい：[　なし　・　あり　] 前庭障害（その他）：（　　）
	呼吸器・循環器	咳嗽：[　なし　・　あり　]　喘鳴：[　なし　・　あり　]　気管切開：[　なし　・　あり　] 呼吸困難：[　なし　・　あり　]　大動脈弁閉鎖不全：[　なし　・　あり　]　僧帽弁閉鎖不全：[　なし　・　あり　] 僧帽弁逸脱：[　なし　・　あり　]　大動脈瘤：[　なし　・　あり　] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
	消化器	悪心：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	運動失調：[　なし　・　あり　・　不明　]
	その他	症状（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 12　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

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	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：（　　）×10⁴/μL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　赤沈（1時間値）：（　　）mm/h CRP：（　　）mg/dL　抗核抗体：（　　）倍・未実施　リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・未実施 MMP-3：（　　）ng/mL・未実施　抗CCP抗体：（　　）U/mL・未実施
尿検査	血尿：[　なし　・　肉眼的血尿　・　顕微鏡的血尿　]　蛋白尿：[　なし　・　あり　]
病理検査	生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
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：（　　）

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：（　　）×10⁴/μL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　赤沈（1時間値）：（　　）mm/h CRP：（　　）mg/dL　抗核抗体：（　　）倍・未実施　リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・未実施 MMP-3：（　　）ng/mL・未実施　抗CCP抗体：（　　）U/mL・未実施
尿検査	血尿：[　なし　・　肉眼的血尿　・　顕微鏡的血尿　]　蛋白尿：[　なし　・　あり　]
病理検査	生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
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	他の膠原病の合併：[　なし　・　あり　] 合併疾患名：（　　）
	腎疾患の合併：[　なし　・　あり　] 合併疾患名：（　　）
	合併症（その他）：（　　）

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　]　生物学的製剤：[　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　]
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
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 12　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 23　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	13　全身性強皮症	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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瘢痕：[　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）：（　　）

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瘢痕：[　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（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	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：（　　）

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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 23　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　2/2

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	非ステロイド系抗炎症薬：[　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　） 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
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（　　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 24　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	14　混合性結合組織病	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定		
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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	%	
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
診断	中核的所見	レイノー現象：[　なし　・　あり　]　　抗RNP（U1-RNP）抗体：[　陰性　・　陽性　]
	臨床および検査所見	手指の腫脹・浮腫：[　なし　・　あり　]　　顔面紅斑：[　なし　・　あり　]　　関節炎：[　なし　・　あり　]　　関節痛：[　なし　・　あり　] 筋炎所見（筋原酵素上昇、筋電図所見、生検所見のいずれか）：[　なし　・　あり　]　　高ガンマグロブリン血症（血清分画の20%以上）：[　なし　・　あり　] リウマトイド因子：[　陰性　・　陽性　]　　白血球数減少（<4000／μL）または血小板数減少（<100,000／μL未満）：[　なし　・　あり　]
	他の疾患との鑑別	全身性エリテマトーデス：[　満たさない　・　満たす　]　　強皮症：[　満たさない　・　満たす　]　　皮膚筋炎／多発性筋炎：[　満たさない　・　満たす　] 若年性特発性関節炎：[　満たさない　・　満たす　]
症状	全身	リンパ節腫脹：[　なし　・　あり　]
	筋・骨格	多発関節炎：[　なし　・　あり　]　　筋力低下：[　なし　・　あり　] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	手指または手背の腫脹：[　なし　・　あり　]　　顔面紅斑：[　なし　・　あり　]　　近位部の皮膚硬化：[　なし　・　あり　] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[　なし　・　あり　]　　間質性肺炎：[　なし　・　あり　]　　肺高血圧症：[　なし　・　あり　]　　心膜炎：[　なし　・　あり　] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
	消化器	食道蠕動低下または拡張：[　なし　・　あり　] 消化器症状（その他）：（　　）
	精神・神経	中枢神経症状：[　なし　・　あり　] 精神・神経症状（その他）：（　　）
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	全身	リンパ節腫脹：[　なし　・　あり　]
	筋・骨格	多発関節炎：[　なし　・　あり　]　　筋力低下：[　なし　・　あり　] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	手指または手背の腫脹：[　なし　・　あり　]　　顔面紅斑：[　なし　・　あり　]　　近位部の皮膚硬化：[　なし　・　あり　] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	呼吸器・循環器	胸膜炎：[　なし　・　あり　]　　間質性肺炎：[　なし　・　あり　]　　肺高血圧症：[　なし　・　あり　]　　心膜炎：[　なし　・　あり　] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
	消化器	食道蠕動低下または拡張：[　なし　・　あり　] 消化器症状（その他）：（　　）
	精神・神経	中枢神経症状：[　なし　・　あり　] 精神・神経症状（その他）：（　　）
	その他	症状（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 24　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

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	CK：これまでの最高値：（　　）U/L　アルドラーゼ：これまでの最高値：（　　）U/L 血清IgG：（　　）mg/dL　赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL
	抗核抗体：（　　）倍・未実施　染色型：［　均質型　・　辺縁型　・　斑紋型　・　核小体型　・　散在斑紋型　・　その他　］ 染色型（その他）：（　　）
	リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・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dsDNA抗体：（　　）IU/mL・未実施　抗Sm抗体：（　　）U/mL・未実施　抗RNP（U1-RNP）抗体：（　　）U/mL・未実施 筋炎特異的抗体（その他）：（　　）
尿検査	細胞円柱：［　なし　・　あり　・　未実施　］　血尿：［　なし　・　肉眼的血尿　・　顕微鏡的血尿　］　一日尿蛋白量：（　　）g/day・未実施 尿中蛋白量：（　　）mg/dL
病理検査	腎生検：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） INS／RPS分類（Class）：［　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ⅳ　・　Ⅴ　・　Ⅴ＋Ⅱ　・　Ⅴ＋Ⅲ　・　Ⅴ＋Ⅳ　・　Ⅵ　］
	生検（その他）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
生理機能検査	肺拡散能検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　DLco：（　　）mL/min/mmHg
画像検査	CTまたはMRI検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	CK：これまでの最高値：（　　）U/L　アルドラーゼ：これまでの最高値：（　　）U/L 血清IgG：（　　）mg/dL　赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL
	抗核抗体：（　　）倍・未実施　染色型：［　均質型　・　辺縁型　・　斑紋型　・　核小体型　・　散在斑紋型　・　その他　］ 染色型（その他）：（　　）
	リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・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dsDNA抗体：（　　）IU/mL・未実施　抗Sm抗体：（　　）U/mL・未実施　抗RNP（U1-RNP）抗体：（　　）U/mL・未実施 筋炎特異的抗体（その他）：（　　）
尿検査	細胞円柱：［　なし　・　あり　・　未実施　］　血尿：［　なし　・　肉眼的血尿　・　顕微鏡的血尿　］　一日尿蛋白量：（　　）g/day・未実施 尿中蛋白量：（　　）mg/dL
病理検査	腎生検：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） INS／RPS分類（Class）：［　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ⅳ　・　Ⅴ　・　Ⅴ＋Ⅱ　・　Ⅴ＋Ⅲ　・　Ⅴ＋Ⅳ　・　Ⅵ　］
	生検（その他）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
生理機能検査	肺拡散能検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　DLco：（　　）mL/min/mmHg
画像検査	CTまたはMRI検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	逆流性食道炎：［　なし　・　あり　］ 合併症（その他）：（　　）

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　］　ステロイドパルス療法：［　なし　・　あり　］ 免疫抑制薬：［　なし　・　あり　］　循環改善薬：［　なし　・　あり　］
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
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 24　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 14　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	15 家族性地中海熱	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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 %
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
診断		コルヒチンに対する反応性：[なし ・ あり]
基本情報		発症年齢：（　　）歳
診断	必須項目	発熱：12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す：[なし ・ あり] 持続時間：1回目：（　　）時間　持続時間：2回目：（　　）時間　持続時間：3回目：（　　）時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める：[なし ・ あり] 発作間歇期にはこれらが消失する：[なし ・ あり]
診断	補助項目	非限局性の腹膜炎による腹痛：[なし ・ あり]　胸膜炎による胸背部痛：[なし ・ あり]　関節炎：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり]　精巣漿膜炎：[なし ・ あり]　髄膜炎による頭痛：[なし ・ あり] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減：[なし ・ あり]
症状（その他）		症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

診断		コルヒチンに対する反応性：[なし ・ あり]
診断	必須項目	発熱：12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す：[なし ・ あり] 持続時間：1回目：（　　）時間　持続時間：2回目：（　　）時間　持続時間：3回目：（　　）時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める：[なし ・ あり] 発作間歇期にはこれらが消失する：[なし ・ あり]
診断	補助項目	非限局性の腹膜炎による腹痛：[なし ・ あり]　胸膜炎による胸背部痛：[なし ・ あり]　関節炎：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり]　精巣漿膜炎：[なし ・ あり]　髄膜炎による頭痛：[なし ・ あり] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減：[なし ・ あり]
症状（その他）		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	赤沈（1時間値）：発作時：（　　）mm/h CRP：発作時：（　　）mg/dL 血清アミロイドA：発作時：（　　）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：（　　）ng/mL・未実施	赤沈（1時間値）：非発作時：（　　）mm/h CRP：非発作時：（　　）mg/dL 血清アミロイドA：非発作時：（　　）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：（　　）ng/mL・未実施
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日）　MEFV遺伝子異常：[なし ・ あり] Exon 10 の変異（M694I, M680I, M694V, V726A：ヘテロ変異を含む）：[なし ・ あり] Exon 10 以外の変異（E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C等：ヘテロの変異を含む）：[なし ・ あり]	

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	赤沈（1時間値）：発作時：（　　）mm/h CRP：発作時：（　　）mg/dL 血清アミロイドA：発作時：（　　）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：（　　）ng/mL・未実施	赤沈（1時間値）：非発作時：（　　）mm/h CRP：非発作時：（　　）mg/dL 血清アミロイドA：非発作時：（　　）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：（　　）ng/mL・未実施
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日）　MEFV遺伝子異常：[なし ・ あり] Exon 10 の変異（M694I, M680I, M694V, V726A：ヘテロ変異を含む）：[なし ・ あり] Exon 10 以外の変異（E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C等：ヘテロの変異を含む）：[なし ・ あり]	

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 14　**膠原病**　（　　）年度　**小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/2**

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：(　　)
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　]　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
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 16　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	16　クリオピリン関連周期熱症候群	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定		
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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	%	
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
病型		病型分類（クリオピリン関連周期熱症候群）：[　CINCA症候群　・　マックル・ウェルズ症候群　・　家族性寒冷自己炎症症候群　]
基本情報		発症年齢：（　　）歳
症状	全身	初発症状：（　　）
		低身長（−2.0SD以下）：[　なし　・　あり　]
		発熱：[　なし　・　あり　]　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：（　　）
		漿膜炎：[　なし　・　あり　]　部位：（　　）
		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　]　発症間隔：[　発熱発作時のみ　・　持続的　]
		関節痛：[　なし　・　あり　]　発症間隔：[　発熱発作時のみ　・　持続的　]
		関節熱感：[　なし　・　発熱発作時のみ　・　持続的　]
		骨幹端過形成：[　なし　・　あり　]　部位：（　　）
	皮膚・粘膜	蕁麻疹様皮疹：[　なし　・　発熱発作時のみ　・　持続的　] 皮疹（その他）：（　　）
	眼	結膜炎：[　なし　・　あり　]　発症間隔：[　発熱発作時のみ　・　持続的　]
		ぶどう膜炎：[　なし　・　あり　]　視神経乳頭浮腫：[　なし　・　あり　]
	耳鼻咽喉	感音性難聴：[　なし　・　あり　]
	消化器	嘔吐：[　なし　・　あり　]　炎症性腸疾患：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	頭痛：[　なし　・　あり　]　頭痛：発症間隔：[　発熱発作時のみ　・　持続的　]　無菌性髄膜炎：[　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　] 移動障害：[　なし　・　走行　・　独立歩行　・　介助歩行　・　独立位　・　伝歩　・　坐位（移動可）　・　坐位（移動不可）　・　寝返り　・　寝たきり　]
		神経症状：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

病型		病型分類（クリオピリン関連周期熱症候群）：[　CINCA症候群　・　マックル・ウェルズ症候群　・　家族性寒冷自己炎症症候群　]
症状	全身	初発症状：（　　）
		低身長（−2.0SD以下）：[　なし　・　あり　]
		発熱：[　なし　・　あり　]　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：（　　）
		漿膜炎：[　なし　・　あり　]　部位：（　　）
		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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 16　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

症状	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　発症間隔：[発熱発作時のみ ・ 持続的]
		関節痛：[なし ・ あり]　発症間隔：[発熱発作時のみ ・ 持続的]
		関節熱感：[なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的]
		骨幹端過形成：[なし ・ あり]　部位：(　　)
	皮膚・粘膜	蕁麻疹様皮疹：[なし ・ 発熱発作時のみ ・ 持続的] 皮疹（その他）：(　　)
	眼	結膜炎：[なし ・ あり]　発症間隔：[発熱発作時のみ ・ 持続的]
		ぶどう膜炎：[なし ・ あり]　視神経乳頭浮腫：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	感音性難聴：[なし ・ あり]
	消化器	嘔吐：[なし ・ あり]　炎症性腸疾患：[なし ・ あり]
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]　頭痛：発症間隔：[発熱発作時のみ ・ 持続的]　無菌性髄膜炎：[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] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり]
		神経症状：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
	その他	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	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 自己抗体（その他）：(　　)
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　部位：(　　) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　NLRP3疾患関連変異：[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	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 自己抗体（その他）：(　　)
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　部位：(　　) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　NLRP3疾患関連変異：[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：(　　)
予防接種歴（生ワクチン）	BCG：[未実施 ・ 実施 ・ 不明]　麻疹：[未実施 ・ 実施 ・ 不明]　風疹：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] 水痘：[未実施 ・ 実施 ・ 不明]　ムンプス：[未実施 ・ 実施 ・ 不明]　ロタウイルス：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] その他：(　　)

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]　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]
	カナキヌマブ：[なし ・ あり]　カナキヌマブ：1回投与量：(　　)mg　カナキヌマブ：体重当たり1回投与量：(　　)mg/kg カナキヌマブ：投与間隔：(　　) 週間間隔
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
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 16　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 18　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	17　TNF受容体関連周期性症候群	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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
		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	筋痛：[　なし　・　あり　]　部位：（　　）
		筋膜炎：[　なし　・　あり　]　部位：（　　）
		関節腫脹：[　なし　・　あり　]　関節痛：[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	皮疹：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	眼	結膜炎：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
		眼窩周囲浮腫：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感：[　なし　・　あり　]
	消化器	腹痛：[　なし　・　あり　]　部位：（　　）
	その他	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
		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	筋痛：[　なし　・　あり　]　部位：（　　）
		筋膜炎：[　なし　・　あり　]　部位：（　　）
		関節腫脹：[　なし　・　あり　]　関節痛：[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	皮疹：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	眼	結膜炎：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
		眼窩周囲浮腫：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 18　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

症状	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感：[　なし　・　あり　]
	消化器	腹痛：[　なし　・　あり　]　部位：(　　)
	その他	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	フェリチン：これまでの最高値：(　　)ng/mL・未実施　フェリチン：これまでの最低値：(　　)ng/mL・未実施 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 TNF-alpha：これまでの最高値：(　　)pg/mL・未実施　TNF-alpha：これまでの最低値：(　　)pg/mL・未実施
	リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　抗CCP抗体：(　　)U/mL・未実施 自己抗体（その他）：(　　)
病理検査	生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 部位：(　　) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　TNFRSF1A疾患関連変異：[　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	フェリチン：これまでの最高値：(　　)ng/mL・未実施　フェリチン：これまでの最低値：(　　)ng/mL・未実施 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 TNF-alpha：これまでの最高値：(　　)pg/mL・未実施　TNF-alpha：これまでの最低値：(　　)pg/mL・未実施
	リウマトイド因子（定量）：(　　)IU/mL・未実施　抗CCP抗体：(　　)U/mL・未実施 自己抗体（その他）：(　　)
病理検査	生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 部位：(　　) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　TNFRSF1A疾患関連変異：[　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　]　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　] 抗リウマチ薬（その他）：(　　)
	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
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 18　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉

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	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定		
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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	%	
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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　]
		関節の嚢腫状腫脹（足背）：[　なし　・　あり　]　関節の嚢腫状腫脹（手背）：[　なし　・　あり　]
		屈指症（手指）：[　なし　・　あり　]　屈指症（足趾）：[　なし　・　あり　]
		骨髄炎：[　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　]
		関節の嚢腫状腫脹（足背）：[　なし　・　あり　]　関節の嚢腫状腫脹（手背）：[　なし　・　あり　]
		屈指症（手指）：[　なし　・　あり　]　屈指症（足趾）：[　なし　・　あり　]
		骨髄炎：[　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　]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉**　**2/3**

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　赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL 血清アミロイドA：(　　)μg/mL・未実施　MMP-3：(　　)ng/mL・未実施 自己抗体（その他）：(　　)
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]　異常パワードプラ（関節内）：[なし ・ あり]　異常パワードプラ（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遺伝子異常：[なし ・ あり] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
検査所見（その他）		検査所見（その他）：(　　)
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載		
血液検査		血清IgG：(　　)mg/dL　赤沈（1時間値）：(　　)mm/h　CRP：(　　)mg/dL 血清アミロイドA：(　　)μg/mL・未実施　MMP-3：(　　)ng/mL・未実施 自己抗体（その他）：(　　)
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]　異常パワードプラ（関節内）：[なし ・ あり]　異常パワードプラ（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遺伝子異常：[なし ・ あり] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[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]　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
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 19　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	19　中條・西村症候群	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
基本情報		発症年齢：（　　）歳
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
		寒冷誘発炎症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	筋・骨格	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　]
		筋力低下：[　なし　・　あり　]　部位：（　　）
		筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	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　]
		皮疹（その他）：部位：（　　） 皮疹（その他）：（　　）
	眼	眼球突出：[　なし　・　あり　]　視力低下：[　なし　・　あり　] 眼症状（その他）：（　　）
	内分泌・代謝	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）：（　　）

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
		寒冷誘発炎症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	筋・骨格	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　]
		筋力低下：[　なし　・　あり　]　部位：（　　）
		筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	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　]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 19　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

症状	皮膚・粘膜	皮疹（その他）：部位：（　　） 皮疹（その他）：（　　）
	眼	眼球突出：[なし ・ あり]　視力低下：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（　　）
	内分泌・代謝	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（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	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：（　　）
生理機能検査	心電図検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
画像検査	CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　大脳基底核石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　　）
	画像検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　肝腫：[なし ・ あり]　脾腫：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） PSM88遺伝子疾患関連変異：[なし ・ あり]　PSM88遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

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）：最近1年間の最低値：（　　）g/dL
	赤沈（1時間値）：最近1年間の最高値：（　　）mm/h　赤沈（1時間値）：最近1年間の最低値：（　　）mm/h CRP：最近1年間の最高値：（　　）mg/dL　CRP：最近1年間の最低値：（　　）mg/dL 血清アミロイドA：最近1年間の最高値：（　　）μg/mL・未実施　血清アミロイドA：最近1年間の最低値：（　　）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：最近1年間の最高値：（　　）ng/mL・未実施　プロカルシトニン：最近1年間の最低値：（　　）ng/mL・未実施
	LDH：最近1年間の最高値：（　　）U/L CK：最近1年間の最高値：（　　）U/L 血清IgG：最近1年間の最高値：（　　）mg/dL 血清IgE：最近1年間の最高値：（　　）IU/mL 抗核抗体：最近1年間の最高値：（　　）倍・未実施 自己抗体（その他）：最近1年間の最高値：（　　）
	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：（　　）
生理機能検査	心電図検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
画像検査	CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　大脳基底核石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　　）
	画像検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　肝腫：[なし ・ あり]　脾腫：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） PSM88遺伝子疾患関連変異：[なし ・ あり]　PSM88遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 19　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

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：（　　）
予防接種歴（生ワクチン）	BCG：[　未実施　・　実施　・　不明　]　麻疹：[　未実施　・　実施　・　不明　]　風疹：[　未実施　・　実施　・　不明　] 水痘：[　未実施　・　実施　・　不明　]　ムンプス：[　未実施　・　実施　・　不明　]　ロタウイルス：[　未実施　・　実施　・　不明　] その他：（　　）
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　]　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　]
	免疫調整薬：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	免疫抑制薬：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	生物学的製剤：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
呼吸管理	酸素療法：[　なし　・　あり　]　人工呼吸管理：[　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） 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
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 19　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

告示番号 17　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	20 高IgD症候群（メバロン酸キナーゼ欠損症）	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		漿膜炎：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		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]
		関節の嚢腫状腫脹（足背）：[なし ・ あり]　関節の嚢腫状腫脹（手背）：[なし ・ あり]
		屈指症（手指）：[なし ・ あり]　屈指症（足趾）：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	口内炎：[なし ・ あり]
		皮疹：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
	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]　腹痛：[なし ・ あり]　下痢：[なし ・ あり] 嘔吐：[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）：（　　）

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
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		漿膜炎：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		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]
		関節の嚢腫状腫脹（足背）：[なし ・ あり]　関節の嚢腫状腫脹（手背）：[なし ・ あり]
		屈指症（手指）：[なし ・ あり]　屈指症（足趾）：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	口内炎：[なし ・ あり]
		皮疹：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 17　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

症状	消化器	肝腫：[なし ・ あり]　脾腫：[なし ・ あり]　腹痛：[なし ・ あり]　下痢：[なし ・ あり] 嘔吐：[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（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IgD：(　　)mg/dL・未実施 メバロン酸キナーゼ活性：判定：[正常 ・ 低下 ・ 未実施]　メバロン酸キナーゼ活性：(　　)%
		赤沈（1時間値）：発作時：(　　)mm/h　赤沈（1時間値）：非発作時：(　　)mm/h CRP：発作時：(　　)mg/dL　CRP：非発作時：(　　)mg/dL 血清アミロイドA：発作時：(　　)μg/mL・未実施　血清アミロイドA：非発作時：(　　)μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：(　　)ng/mL・未実施　プロカルシトニン：非発作時：(　　)ng/mL・未実施
尿検査		尿中メバロン酸：[正常 ・ 増加 ・ 未実施]　尿中メバロン酸（測定値）：(　　) μg/mg・Cr
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) MVK遺伝子異常：[なし ・ あり]　MVK遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
検査所見（その他）		検査所見（その他）：(　　)
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載		
血液検査		血清IgD：(　　)mg/dL・未実施 メバロン酸キナーゼ活性：判定：[正常 ・ 低下 ・ 未実施]　メバロン酸キナーゼ活性：(　　)%
		赤沈（1時間値）：発作時：(　　)mm/h　赤沈（1時間値）：非発作時：(　　)mm/h CRP：発作時：(　　)mg/dL　CRP：非発作時：(　　)mg/dL 血清アミロイドA：発作時：(　　)μg/mL・未実施　血清アミロイドA：非発作時：(　　)μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：(　　)ng/mL・未実施　プロカルシトニン：非発作時：(　　)ng/mL・未実施
尿検査		尿中メバロン酸：[正常 ・ 増加 ・ 未実施]　尿中メバロン酸（測定値）：(　　) μg/mg・Cr
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　　年　　月　　日) MVK遺伝子異常：[なし ・ あり]　MVK遺伝子以外の疾患関連変異：[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
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 17　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 15　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	21　化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
基本情報		発症年齢：（　　）歳
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
		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	関節痛：[　なし　・　あり　]
		関節腫脹：[　なし　・　あり　]　発症年齢：（　　）歳　部位：（　　）
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡：[　なし　・　あり　]　口内炎：[　なし　・　あり　]　注射部位の膿瘍形成：[　なし　・　あり　]
		嚢胞性ざ瘡：[　なし　・　あり　]　発症年齢：（　　）歳　部位：（　　）
		壊疽性膿皮症：[　なし　・　あり　]　発症年齢：（　　）歳　部位：（　　）
	眼	眼症状：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	消化器	炎症性腸疾患：[　なし　・　あり　]
	その他	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：[　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
		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	関節痛：[　なし　・　あり　]
		関節腫脹：[　なし　・　あり　]　発症年齢：（　　）歳　部位：（　　）
	皮膚・粘膜	難治性ざ瘡：[　なし　・　あり　]　口内炎：[　なし　・　あり　]　注射部位の膿瘍形成：[　なし　・　あり　]
		嚢胞性ざ瘡：[　なし　・　あり　]　発症年齢：（　　）歳　部位：（　　）
		壊疽性膿皮症：[　なし　・　あり　]　発症年齢：（　　）歳　部位：（　　）
	眼	眼症状：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	消化器	炎症性腸疾患：[　なし　・　あり　]
	その他	症状（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 15　**膠原病**　（　　）　**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

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	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：（　　）×10⁴/μL 血清IgG：（　　）mg/dL　赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL　血清アミロイドA：（　　）μg/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	画像検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 検査名：（　　） 部位：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異：[　なし　・　あり　]　PSTPIP1遺伝子以外の疾患関連変異：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

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：（　　）×10⁴/μL 血清IgG：（　　）mg/dL　赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL　血清アミロイドA：（　　）μg/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	画像検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 検査名：（　　） 部位：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異：[　なし　・　あり　]　PSTPIP1遺伝子以外の疾患関連変異：[　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
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 15　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 21　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	22 慢性再発性多発性骨髄炎	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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）：（　　）

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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 21　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

症状	皮膚・粘膜	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（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		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：（　　）×10⁴/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）：（　　）
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：（　　）×10⁴/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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 21　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　3/3

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
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（　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　）被保険者記号（　） 被保険者番号（　）被保険者個人単位枝番（　） 資格取得年月日　年　月　日

告示番号 13　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	23 インターロイキンⅠ受容体拮抗分子欠損症	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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 %
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
基本情報		発症年齢：（　　）歳
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
		血管炎：[なし ・ あり]
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節炎：[なし ・ あり]　骨膜炎：[なし ・ あり] 骨髄炎（細菌性）：[なし ・ あり]　骨髄炎（無菌性）：[なし ・ あり]　骨痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹：[なし ・ あり]　膿疱性皮疹：[なし ・ あり] 皮疹（その他）：（　　）
		爪変形：[なし ・ あり]　口内炎：[なし ・ あり]　口腔内潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	眼	結膜炎：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	間質性肺炎：[なし ・ あり]　無呼吸発作：[なし ・ あり]　呼吸窮迫：[なし ・ あり]
	その他	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：[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
		血管炎：[なし ・ あり]
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節炎：[なし ・ あり]　骨膜炎：[なし ・ あり] 骨髄炎（細菌性）：[なし ・ あり]　骨髄炎（無菌性）：[なし ・ あり]　骨痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹：[なし ・ あり]　膿疱性皮疹：[なし ・ あり] 皮疹（その他）：（　　）
		爪変形：[なし ・ あり]　口内炎：[なし ・ あり]　口腔内潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	眼	結膜炎：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	間質性肺炎：[なし ・ あり]　無呼吸発作：[なし ・ あり]　呼吸窮迫：[なし ・ あり]
	その他	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	白血球数：（　　）/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

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 13　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

病理検査	生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) 部位：( ) 培養結果：( ) 所見：( )
画像検査	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) 肋骨・鎖骨の肥大：[なし ・ あり]　骨膜反応：[なし ・ あり]　骨融解像：[なし ・ あり]　異所性骨化：[なし ・ あり]
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) 検査名：( ) 部位：( ) 所見：( )
	検査所見（その他）：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日)　IL1RN遺伝子の疾患関連変異：[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	白血球数：( )/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
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) 部位：( ) 培養結果：( ) 所見：( )
画像検査	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) 肋骨・鎖骨の肥大：[なし ・ あり]　骨膜反応：[なし ・ あり]　骨融解像：[なし ・ あり]　異所性骨化：[なし ・ あり]
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) 検査名：( ) 部位：( ) 所見：( )
	検査所見（その他）：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日)　IL1RN遺伝子の疾患関連変異：[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：( )
出生歴	胎児仮死：[なし ・ あり]
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
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（)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 13　**膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号 22　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	24　15から23までに掲げるもののほか、自己炎症性疾患	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

具体的な疾病名	（　　）	最終受診日	（　　年　　月　　日）

基本情報		発症年齢：（　　）歳
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
		低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　先天性赤血球異形成貧血：[なし ・ あり]　血管炎：[なし ・ あり] アミロペクチノーシス：[なし ・ あり]　肉芽腫性病変：[なし ・ あり]
		易感染性：[なし ・ あり] 部位：（　　） 病原体：（　　）
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 部位：（　　）
		漿膜炎：[なし ・ あり] 部位：（　　）
		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）：（　　）
		炎症発作の誘因：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 部位：（　　）
		関節痛：[なし ・ あり] 部位：（　　）
		関節の機能障害：[なし ・ あり] 部位：（　　）
		筋痛：[なし ・ あり] 部位：（　　）
		骨格筋障害：[なし ・ あり] 部位：（　　）
		骨髄炎：[なし ・ あり] 部位：（　　）
		線維性軟骨異形成：[なし ・ あり] 部位：（　　）
		顎骨の拡大：[なし ・ 上顎 ・ 下顎] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	毛包性丘疹：[なし ・ あり]　寒冷蕁麻疹：[なし ・ あり]　網状皮疹：[なし ・ あり]　蕁麻疹様発疹：[なし ・ あり] 尋常性乾癬：[なし ・ あり]　膿疱性乾癬：[なし ・ あり]　慢性毛包炎：[なし ・ あり]　口内炎：[なし ・ あり] 多毛症：[なし ・ あり]　掌蹠角化症：[なし ・ あり]　色素過剰症：[なし ・ あり] 皮疹（その他）：（　　）
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心筋障害：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 22　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

症状	消化器	肝腫：[なし ・ あり]　脾腫：[なし ・ あり]　腹痛：[なし ・ あり]　下痢：[なし ・ あり] 血便：[なし ・ あり]　嘔吐：[なし ・ あり]　肛門膿瘍：[なし ・ あり]　肛門瘻孔：[なし ・ あり] 裂肛：[なし ・ あり]
		炎症性腸疾患：[なし ・ あり]　部位：（　　）
	精神・神経	脳梗塞：[なし ・ あり]　機序分類：[出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性]
		頭痛：[なし ・ あり]　無菌性髄膜炎：[なし ・ あり]
		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]　歯牙異常：[なし ・ あり]　咬合異常：[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：[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
		低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　先天性赤血球異形成貧血：[なし ・ あり]　血管炎：[なし ・ あり] アミロペクチノーシス：[なし ・ あり]　肉芽腫性病変：[なし ・ あり]
		易感染性：[なし ・ あり]　部位：（　　） 病原体：（　　）
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		漿膜炎：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		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）：（　　）
		炎症発作の誘因：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		関節痛：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		関節の機能障害：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		筋痛：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		骨格筋障害：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		骨髄炎：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		線維性軟骨異形成：[なし ・ あり]　部位：（　　）
		顎骨の拡大：[なし ・ 上顎 ・ 下顎] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	毛包性丘疹：[なし ・ あり]　寒冷蕁麻疹：[なし ・ あり]　網状皮疹：[なし ・ あり]　蕁麻疹様発疹：[なし ・ あり] 尋常性乾癬：[なし ・ あり]　膿疱性乾癬：[なし ・ あり]　慢性毛包炎：[なし ・ あり]　口内炎：[なし ・ あり] 多毛症：[なし ・ あり]　掌蹠角化症：[なし ・ あり]　色素過剰症：[なし ・ あり] 皮疹（その他）：（　　）
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心筋障害：[なし ・ あり]
	消化器	肝腫：[なし ・ あり]　脾腫：[なし ・ あり]　腹痛：[なし ・ あり]　下痢：[なし ・ あり] 血便：[なし ・ あり]　嘔吐：[なし ・ あり]　肛門膿瘍：[なし ・ あり]　肛門瘻孔：[なし ・ あり] 裂肛：[なし ・ あり]
		炎症性腸疾患：[なし ・ あり]　部位：（　　）
	精神・神経	脳梗塞：[なし ・ あり]　機序分類：[出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性]
		頭痛：[なし ・ あり]　無菌性髄膜炎：[なし ・ あり]
		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]　歯牙異常：[なし ・ あり]　咬合異常：[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 赤沈（1時間値）：発作時：（　　）mm/h　赤沈（1時間値）：非発作時：（　　）mm/h CRP：発作時：（　　）mg/dL　CRP：非発作時：（　　）mg/dL 血清アミロイドA：発作時：（　　）μg/mL・未実施　血清アミロイドA：非発作時：（　　）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：（　　）ng/mL・未実施　プロカルシトニン：非発作時：（　　）ng/mL・未実施 自己抗体（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 22　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病理検査	生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 所見：（　）
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）：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	血清IgG：（　）mg/dL 赤沈（1時間値）：発作時：（　）mm/h　赤沈（1時間値）：非発作時：（　）mm/h CRP：発作時：（　）mg/dL　CRP：非発作時：（　）mg/dL 血清アミロイドA：発作時：（　）μg/mL・未実施　血清アミロイドA：非発作時：（　）μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：（　）ng/mL・未実施　プロカルシトニン：非発作時：（　）ng/mL・未実施 自己抗体（その他）：（　）
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 所見：（　）
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	結節性多発動脈炎：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 合併症（その他）：（　）
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
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（　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 22　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日