

|                                         |                                                   |                                                                 |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|----------------------|----------------------|----------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------------|---------|---------|---|
| 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〉 |               | 1/3                         |         |         |   |
| 病名                                      |                                                   | 24 乳児発症 S T I N G 関連血管炎                                         |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               | 受付種別                  |               | <input type="checkbox"/> 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
| 氏名                                      |                                                   | (セイメイ)<br>(姓)                                                   |                                |                                            |        |                             |     | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                      |          | (セイメイ)<br>(姓) |                       |               |                             |         |         |   |
| 住所                                      |                                                   | 郵便番号 ( - ) 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<br>身長・体重                            |                                                   | 身長<br>(測定日)                                                     |                                | cm ( SD)                                   |        |                             |     | 体重<br>(測定日)          |                      | kg ( SD) |               |                       |               | BMI                         |         |         |   |
|                                         |                                                   |                                                                 |                                | 年 月 日                                      |        |                             |     |                      |                      | 年 月 日    |               |                       |               | 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                                    |                                                   | 治療 ・ 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                                                | 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                                          |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 呼吸器・<br>循環器                                       | 間質性肺疾患：[ なし ・ 両側性 ・ 片側性 ] 肺線維症 (CTまたはX線で要確認)：[ なし ・ あり ]        |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         |                                                   | 肺気腫：[ なし ・ あり ] 肺高血圧症：[ なし ・ あり ] 肺活量の低下：[ なし ・ あり ・ 未検査 ]      |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         |                                                   | 息切れ (呼吸障害による)：[ なし ・ 継続的 ・ 間欠的 ]                                |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 皮膚・粘膜                                             | 酸素吸入：[ なし ・ あり ] 気管切開：[ なし ・ あり ] 脳血管障害：[ なし ・ あり ]             |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         |                                                   | 凍瘡様皮疹：[ なし ・ あり ] 指趾先端の紅斑、紫斑：[ なし ・ あり ] 潰瘍 (手指・足趾)：[ なし ・ あり ] |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         |                                                   | 壊疽 (手指・足趾)：[ なし ・ 10指未満 ・ 10指以上 ・ 全て ]                          |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
| 筋・骨格                                    | 爪の欠損：[ なし ・ 10指未満 ・ 10指以上 ・ 全て ]                  |                                                                 |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 関節腫脹：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ] 関節熱感：[ なし ・ あり ] |                                                                 |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 筋炎：[ なし ・ あり ]                                    |                                                                 |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 消化器                                               |                                                                 |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 肝炎：[ なし ・ あり ] 胆管炎：[ なし ・ あり ]                    |                                                                 |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 内分泌                                               |                                                                 |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 甲状腺炎：[ なし ・ あり ]                                  |                                                                 |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 腎臓                                                |                                                                 |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
| 糸球体腎炎：[ 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                                                | 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                                          |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 呼吸器・<br>循環器                                       | 間質性肺疾患：[ なし ・ 両側性 ・ 片側性 ] 肺線維症 (CTまたはX線で要確認)：[ なし ・ あり ]        |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         |                                                   | 肺気腫：[ なし ・ あり ] 肺高血圧症：[ なし ・ あり ] 肺活量の低下：[ なし ・ あり ・ 未検査 ]      |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         |                                                   | 息切れ (呼吸障害による)：[ なし ・ 継続的 ・ 間欠的 ]                                |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 皮膚・粘膜                                             | 酸素吸入：[ なし ・ あり ] 気管切開：[ なし ・ あり ] 脳血管障害：[ なし ・ あり ]             |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         |                                                   | 凍瘡様皮疹：[ なし ・ あり ] 指趾先端の紅斑、紫斑：[ なし ・ あり ] 潰瘍 (手指・足趾)：[ なし ・ あり ] |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         |                                                   | 壊疽 (手指・足趾)：[ なし ・ 10指未満 ・ 10指以上 ・ 全て ]                          |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 筋・骨格                                              | 爪の欠損：[ なし ・ 10指未満 ・ 10指以上 ・ 全て ]                                |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         |                                                   | 関節腫脹：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ] 関節熱感：[ なし ・ あり ]               |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         |                                                   | 筋炎：[ なし ・ あり ]                                                  |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 消化器                                               |                                                                 | 肝炎：[ なし ・ あり ] 胆管炎：[ なし ・ あり ] |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
|                                         | 内分泌                                               |                                                                 | 甲状腺炎：[ なし ・ あり ]               |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
| 腎臓                                      |                                                   | 糸球体腎炎：[ なし ・ あり ]                                               |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |
| その他                                     |                                                   | 症状 (その他)：( )                                                    |                                |                                            |        |                             |     |                      |                      |          |               |                       |               |                             |         |         |   |



