

告示番号 **8** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **1/3**

病名	1 若年性特発性関節炎			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (-) 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 月 日				
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI	
		年 月 日	年 月 日		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 (申請時) ※直近の状況を記載								
最終受診日	(年 月 日)							
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：()						
	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 (申請時) ※直近の状況を記載								
血液検査	白血球数：()/μL		ヘモグロビン (Hb)：()g/dL		ヘマトクリット (Ht)：()%			
	血小板数：()×10 ⁴ /μL		D-dimer：()μg/mL・未実施		AST：()U/L			
血液検査	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]		異常パワードブラ (関節内)：[なし ・ あり]		異常パワードブラ (付着部)：[なし ・ あり]				
所見 (その他)：()								
画像検査	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]			

告示番号 **8** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/3**

画像検査	MRI検査(関節): [未実施 ・ 実施] 関節液貯留: [なし ・ あり] 仙腸関節炎: [なし ・ あり] 所見(その他): ()	実施日: (年 月 日) 滑膜肥厚: [なし ・ あり] 骨髄浮腫: [なし ・ あり]	
遺伝学的検査	HLA遺伝子型判定: [未実施 ・ 実施] 抗原型 (HLA-A) ① : () 抗原型 (HLA-B) ① : () 抗原型 (HLA-DR) ① : () 抗原型 (HLA-DQ) ① : ()	実施日: (年 月 日) 抗原型 (HLA-A) ② : () 抗原型 (HLA-B) ② : () 抗原型 (HLA-DR) ② : () 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]		
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: 炎症性腸疾患に伴う仙腸関節炎: [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): ()	家族歴: 付着部炎関連関節炎: [なし ・ あり ・ 不明] 家族歴: Reiter症候群: [なし ・ あり ・ 不明]	
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] 強心薬: [なし ・ あり]	ステロイド薬: [なし ・ あり] 利尿薬: [なし ・ あり]	
	免疫調整薬: 金製剤: [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 免疫調整薬: プシラミン: [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: 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: ミゾリピン: [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]	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: レフルノミド: [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: アダリムマブ: [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: アパタセプト: [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): ()	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: インフリキシマブ: [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤: セルトリズマブベゴル: [未実施 ・ 無効 ・ 有効] 生物学的製剤: カナキマブ: [未実施 ・ 無効 ・ 有効]	
	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