

|                      |                                          |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |  |                      |  |                   |  |                                                                          |  |         |  |  |
|----------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|--|
| 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<br><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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |  |                      |  |                   |  |                                                                          |  |         |  |  |
| 氏名                   |                                          | (セイメイ)<br>(姓名)                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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 か月 日             |  |                   |  |                                                                          |  |         |  |  |
| 現在の<br>身長・体重         |                                          | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | cm ( SD)<br>年 月 日                                                                                                                |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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 (申請時) ※直近の状況を記載 |                                          |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |  |                      |  |                   |  |                                                                          |  |         |  |  |
| 最終受診日                |                                          | ( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |  |                      |  |                   |  |                                                                          |  |         |  |  |
| 病型                   |                                          | 現在：<br>[ 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 ]<br>熱型 (その他)：( )<br>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<br>部位詳細：( )<br>疼痛関節数：( ) 個<br>部位詳細：( )<br>関節可動域制限：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )<br>可動域制限関節数：( ) 個<br>部位詳細：( )<br>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 ]<br>リウマトイド結節：[ なし ・ あり ] 乾癬：[ なし ・ あり ]<br>皮膚・粘膜症状 (その他)：( ) |  |                      |  |                   |  |                                                                          |  |         |  |  |
|                      | 眼<br>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<br>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)：( )%<br>血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL D-dimer：( )μg/mL・未実施 AST：( )U/L<br>ALT：( )U/L LDH：( )U/L BUN：( )mg/dL<br>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<br>フェリチン：( )ng/mL・未実施 赤沈 (1時間値)：( )mm/h CRP：( )mg/dL<br>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 ]<br>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 )<br>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 ]<br>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 ]<br>所見 (その他)：( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |  |                      |  |                   |  |                                                                          |  |         |  |  |



