

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)		1/3		
病名	2 全身性エリテマトーデス					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 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (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	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)									
症状	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり]			全身倦怠感: [なし ・ あり]		浮腫: [なし ・ あり]			
		高血圧: [なし ・ あり]			溶血性貧血: [なし ・ あり]					
		全身症状 (その他): ()								
	筋・骨格	2箇以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり]			筋痛: [なし ・ あり]		筋力低下: [なし ・ あり]			
		筋炎: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり]		レイノー現象: [なし ・ あり]		脱毛: [なし ・ あり]		口腔内潰瘍: [なし ・ あり]		
		円盤状紅斑: [なし ・ あり]		蝶形紅斑: [なし ・ あり]						
		鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり]								
		皮膚・粘膜症状 (その他): ()								
眼	眼痛: [なし ・ あり]		視力低下: [なし ・ あり]							
	眼症状 (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]		肺出血: [なし ・ あり]					
	肺梗塞: [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): ()									
腎・泌尿器	ネフローゼ候群: [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): ()									
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]			全身倦怠感: [なし ・ あり]		浮腫: [なし ・ あり]			
		高血圧: [なし ・ あり]			溶血性貧血: [なし ・ あり]					
		全身症状 (その他): ()								
	筋・骨格	2箇以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり]			筋痛: [なし ・ あり]		筋力低下: [なし ・ あり]			
		筋炎: [なし ・ あり]								
皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり]		レイノー現象: [なし ・ あり]		脱毛: [なし ・ あり]		口腔内潰瘍: [なし ・ あり]			
	円盤状紅斑: [なし ・ あり]		蝶形紅斑: [なし ・ あり]							
	鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり]									
	皮膚・粘膜症状 (その他): ()									
眼	眼痛: [なし ・ あり]		視力低下: [なし ・ あり]							
	眼症状 (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]		肺出血: [なし ・ あり]					
	肺梗塞: [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): ()									

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] 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):()		

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:()×10 ⁴ /μL	APTT:()秒
血液検査	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	血清アマラーゼ:()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
	CH50:()U/mL・未実施	抗核抗体:()倍・未実施	C4:()mg/dL
	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]		
生理機能検査	生検 (その他):[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	
	部位:()		
画像検査	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:()		
画像検査	MRI検査:[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	
	部位:()		
眼科学的検査	眼科学的検査:[未実施 ・ 実施]		
	部位:()		
眼科学的検査	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:()×10 ⁴ /μL	APTT:()秒
血液検査	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	血清アマラーゼ:()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
	CH50:()U/mL・未実施	抗核抗体:()倍・未実施	C4:()mg/dL
	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]		
病理検査	生検 (その他):[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	
	部位:()		
病理検査	所見:()		

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) **3/3**

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