

|                                         |         |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |          |               |                       |  |                             |  |         |   |
|-----------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|----------|---------------|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|---|
| 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 ( )<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 )                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |          |               |                       |  |                             |  |         |   |
| 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 ]<br>高血圧: [ なし ・ あり ] 溶血性貧血: [ なし ・ あり ]<br>全身症状 (その他): ( )                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                      |  |          |               |                       |  |                             |  |         |   |
|                                         | 筋・骨格    | 2箇所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 ]<br>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 ]<br>円盤状紅斑: [ なし ・ あり ] 蝶形紅斑: [ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]<br>鼻腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]<br>皮膚・粘膜症状 (その他): ( )                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |          |               |                       |  |                             |  |         |   |
|                                         | 眼       | 眼痛: [ なし ・ あり ] 視力低下: [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>肺梗塞: [ なし ・ あり ] 肺高血圧症: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ]<br>循環器・呼吸器症状 (その他): ( )                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |          |               |                       |  |                             |  |         |   |
|                                         | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>脳出血: [ なし ・ あり ] 脳梗塞: [ なし ・ あり ] 多発単神経炎: [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>脳神経症状: [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>高血圧: [ なし ・ あり ] 溶血性貧血: [ なし ・ あり ]<br>全身症状 (その他): ( )                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                      |  |          |               |                       |  |                             |  |         |   |
|                                         | 筋・骨格    | 2箇所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 ]<br>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 ]<br>円盤状紅斑: [ なし ・ あり ] 蝶形紅斑: [ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]<br>鼻腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]<br>皮膚・粘膜症状 (その他): ( )                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |          |               |                       |  |                             |  |         |   |
|                                         | 眼       | 眼痛: [ なし ・ あり ] 視力低下: [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>肺梗塞: [ なし ・ あり ] 肺高血圧症: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ]<br>循環器・呼吸器症状 (その他): ( )                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |          |               |                       |  |                             |  |         |   |



