# 告示番号 9　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 2　全身性エリテマトーデス | 受付種別 | □ 継続　転出実施主体名<br>□ 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（　　ー　　）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）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>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） |
| 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）：（　　） |

## 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：（　　）‰<br>ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　血小板数：（　　）×10⁴/μL　APTT：（　　）秒<br>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<br>ALT：（　　）U/L　LDH：（　　）U/L　血清アミラーゼ：（　　）U/L<br>BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　血清IgG：（　　）mg/dL<br>赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL　C3：（　　）mg/dL　C4：（　　）mg/dL<br>CH50：（　　）U/mL・未実施　抗核抗体：（　　）倍・未実施 |
| | 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<br>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<br>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<br>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 ]<br>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<br>抗dsDNA抗体：（　　）IU/mL・未実施　抗Sm抗体：（　　）U/mL・未実施<br>抗RNP（U1-RNP）抗体：（　　）U/mL・未実施<br>自己抗体（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 9　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉　

| | |
|---|---|
| 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<br>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 ）<br>INS／RPS分類（Class）：[ Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ ・ Ⅴ＋Ⅱ ・ Ⅴ+Ⅲ ・ Ⅴ＋Ⅳ ・ Ⅵ ] |
| | 生検（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>部位：（　　）<br>所見：（　　） |
| 生理機能検査 | 脳波検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>部位：（　　）<br>所見：（　　） |
| | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>部位：（　　）<br>所見：（　　） |
| 眼科学的検査 | 眼科学的検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>部位：（　　）<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ）<br>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） ・<br>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 ・<br>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。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 9　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉



| 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（　　）<br>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 |