

<b>告示番号</b>	<b>10</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/3</b>
-------------	-----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

<b>病名</b>	<b>3 皮膚筋炎/多発性筋炎</b>				<b>受付種別</b>	<input type="checkbox"/> 新規		
<b>保険情報</b>	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							
<b>氏名</b>	(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)			
<b>住所</b>	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )							
<b>生年月日</b>	年 月 日				<b>性別</b>	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
<b>出生地</b>	都道府県 ( ) 市区町村 ( )							
<b>出生体重</b>	g		<b>出生週数</b>	在胎 週 日				
<b>発症時期</b>	年 月 頃		<b>記載時の年齢</b>	満 歳 か月 日				
<b>現在の身長・体重</b>	<b>身長 (測定日)</b>	cm ( SD)		<b>体重 (測定日)</b>	kg ( SD)		<b>BMI</b>	
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	<b>肥満度</b>	%
<b>手帳取得状況</b>	<b>身体障害者手帳</b>	なし ・ あり ( 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 )				<b>療育手帳</b>	なし ・ あり	
	<b>精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)</b>	なし ・ あり ( 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 )						
<b>現状評価</b>	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				<b>運動制限の必要性</b>		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	
<b>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</b>								
<b>最終受診日</b>	( 年 月 日 )							
<b>診断</b>	診断分類 (皮膚筋炎/多発性筋炎): [ 皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎 ]							
<b>症状</b>	<b>全身</b>	発熱: [ なし ・ あり ]		体重減少: [ なし ・ あり ]		浮腫 (全身性): [ なし ・ あり ]		リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ]
	<b>筋・骨格</b>	関節腫脹: [ なし ・ あり ]		関節拘縮: [ なし ・ あり ]		関節痛: [ なし ・ あり ]		筋把握痛: [ なし ・ あり ]
	<b>皮膚・粘膜</b>	爪郭発赤: [ なし ・ あり ]		日光過敏: [ なし ・ あり ]		レイノー現象: [ なし ・ あり ]		蝶形紅斑: [ なし ・ あり ]
	<b>眼</b>	網膜血管病変: [ なし ・ あり ]		眼症状 (その他): ( )				
	<b>呼吸器・循環器</b>	肺高血圧症: [ なし ・ あり ]		乾性咳嗽: [ なし ・ あり ]		呼吸困難 (労作時): [ なし ・ あり ]		
	<b>消化器</b>	消化管潰瘍: [ なし ・ あり ]		消化管穿孔: [ なし ・ あり ]		消化器症状 (その他): ( )		
	<b>精神・神経</b>	痙攣: [ なし ・ あり ]		精神症状: [ なし ・ あり ]		精神・神経症状 (その他): ( )		
	<b>その他</b>	症状 (その他): ( )						
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>								
<b>診断</b>	診断分類 (皮膚筋炎/多発性筋炎): [ 皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎 ]							
<b>症状</b>	<b>全身</b>	発熱: [ なし ・ あり ]		体重減少: [ なし ・ あり ]		浮腫 (全身性): [ なし ・ あり ]		リンパ節腫脹: [ なし ・ あり ]
	<b>筋・骨格</b>	関節腫脹: [ なし ・ あり ]		関節拘縮: [ なし ・ あり ]		関節痛: [ なし ・ あり ]		筋把握痛: [ なし ・ あり ]
	<b>皮膚・粘膜</b>	爪郭発赤: [ なし ・ あり ]		日光過敏: [ なし ・ あり ]		レイノー現象: [ なし ・ あり ]		蝶形紅斑: [ なし ・ あり ]
	<b>眼</b>	網膜血管病変: [ なし ・ あり ]		眼症状 (その他): ( )				
	<b>呼吸器・循環器</b>	肺高血圧症: [ なし ・ あり ]		乾性咳嗽: [ なし ・ あり ]		呼吸困難 (労作時): [ なし ・ あり ]		
	<b>消化器</b>	消化管潰瘍: [ なし ・ あり ]		消化管穿孔: [ なし ・ あり ]		消化器症状 (その他): ( )		
	<b>精神・神経</b>	痙攣: [ なし ・ あり ]		精神症状: [ なし ・ あり ]		精神・神経症状 (その他): ( )		
	<b>その他</b>	症状 (その他): ( )						

告示番号 10		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	精神・神経	痙攣：[ なし ・ あり ] 精神・神経症状 (その他)：( )	精神症状：[ 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      リンパ球：( )%      ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL      ヘマトクリット (Ht)：( )% 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL      APTT：( )秒      D-dimer：( )μg/mL・未実施 FDP：( )μg/mL・未実施      AST：( )U/L      ALT：( )U/L      LDH：( )U/L BUN：( )mg/dL      血清クレアチニン：( )mg/dL      CK：これまでの最高値：( )U/L アルドラーゼ：これまでの最高値：( )U/L      血清IgG：( )mg/dL      KL-6：( )U/mL・未実施 赤沈 (1時間値)：( )mm/h      CRP：( )mg/dL      C3：( )mg/dL      C4：( )mg/dL 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 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 リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施      抗Scl-70抗体：( )U/mL・未実施 抗セントロメア抗体：( )U/mL・未実施      抗Jo-1抗体：( )U/mL      抗ARS抗体スクリーニング：[ 陰性 ・ 陽性 ] 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 ] 一日尿蛋白量：( )g/day・未実施		血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 尿中蛋白量：( )mg/dL	
病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 筋線維の変性及び細胞浸潤：[ なし ・ あり ]      皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      皮膚筋炎に合致する所見：[ なし ・ あり ]			
	生検 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )			
生理機能検査	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      筋電図筋原性変化：[ なし ・ あり ]			
	呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )      拘束性障害：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )			
画像検査	肺拡散能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )      DLco：( )mL/min/mmHg			
	CT検査 (肺)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 間質性陰影：[ なし ・ あり ]      胸水：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )			
MRI検査	MRI検査 (筋)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 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      リンパ球：( )%      ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL      ヘマトクリット (Ht)：( )% 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL      APTT：( )秒      D-dimer：( )μg/mL・未実施 FDP：( )μg/mL・未実施      AST：( )U/L      ALT：( )U/L      LDH：( )U/L BUN：( )mg/dL      血清クレアチニン：( )mg/dL      CK：これまでの最高値：( )U/L アルドラーゼ：これまでの最高値：( )U/L      血清IgG：( )mg/dL      KL-6：( )U/mL・未実施 赤沈 (1時間値)：( )mm/h      CRP：( )mg/dL      C3：( )mg/dL      C4：( )mg/dL 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 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 リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施      抗Scl-70抗体：( )U/mL・未実施 抗セントロメア抗体：( )U/mL・未実施      抗Jo-1抗体：( )U/mL      抗ARS抗体スクリーニング：[ 陰性 ・ 陽性 ] 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 ] 一日尿蛋白量：( )g/day・未実施		血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 尿中蛋白量：( )mg/dL	
病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 筋線維の変性及び細胞浸潤：[ なし ・ あり ]      皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      皮膚筋炎に合致する所見：[ なし ・ あり ]			
	生検 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )			
生理機能検査	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      筋電図筋原性変化：[ なし ・ あり ]			
	呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )      拘束性障害：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )			
画像検査	肺拡散能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )      DLco：( )mL/min/mmHg			
	CT検査 (肺)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 間質性陰影：[ なし ・ あり ]      胸水：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )			
MRI検査	MRI検査 (筋)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )			

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )		
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 ]	ステロイドパルス療法: [ なし ・ あり ]
	クロロキン製剤: [ なし ・ あり ]	免疫調整薬: [ なし ・ あり ]	メトトレキサート: [ なし ・ あり ]
	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]	生物学的製剤: [ 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 ]
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