

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〉		1/3	
病名		3 皮膚筋炎／多発性筋炎								受付種別		☐ 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 月 日							
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 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)											
診断		診断分類 (皮膚筋炎／多発筋炎): [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]											
症状	全身	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] 全身症状 (その他): ()											
	筋・骨格	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] 筋痛: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 筋萎縮: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()											
	皮膚・粘膜	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] 紅斑 (関節伸側): [なし ・ あり] ゴットロン丘疹: [なし ・ あり] ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑): [なし ・ あり] ヘリオトロープ疹: [なし ・ あり] 皮下石灰化: [なし ・ あり] 粘膜潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()											
	眼	網膜血管病変: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()											
	呼吸器・循環器	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] 心膜炎: [なし ・ あり] 心筋炎: [なし ・ あり] 心電図異常: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()											
	消化器	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): ()											
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり] 精神症状: [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													
診断		診断分類 (皮膚筋炎／多発筋炎): [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]											
症状	全身	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] 全身症状 (その他): ()											
	筋・骨格	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] 筋痛: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 筋萎縮: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()											
	皮膚・粘膜	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] 紅斑 (関節伸側): [なし ・ あり] ゴットロン丘疹: [なし ・ あり] ゴットロン徴候 (四肢関節伸側の紅斑): [なし ・ あり] ヘリオトロープ疹: [なし ・ あり] 皮下石灰化: [なし ・ あり] 粘膜潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()											
	眼	網膜血管病変: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()											
	呼吸器・循環器	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] 心膜炎: [なし ・ あり] 心筋炎: [なし ・ あり] 心電図異常: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()											
	消化器	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): ()											

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：（

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