

告示番号		11		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	6 ベーチェット (Behcet) 病					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	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	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]									
	皮膚・粘膜	結節性紅斑様皮疹: [なし ・ あり]			座瘡様皮疹: [なし ・ あり]			毛嚢炎様皮疹: [なし ・ あり]			
		皮下の血栓性静脈炎: [なし ・ あり]			外陰部潰瘍: [なし ・ あり]			再発性アフタ性潰瘍 (口腔粘膜): [なし ・ あり]			
	皮膚・粘膜症状 (その他): ()										
	眼	網膜ぶどう膜炎: [なし ・ あり]			虹彩毛様体炎: [なし ・ あり]						
		視力障害: [なし ・ あり] 部位: [左 ・ 右 ・ 両側]			詳細: ()						
	眼症状 (その他): ()										
	呼吸器・循環器	肺梗塞: [なし ・ あり]			動脈血栓症: [なし ・ あり]			深部静脈血栓症: [なし ・ あり]			
動脈瘤: [なし ・ あり]			血管障害 (その他): ()								
腎・泌尿器	精巣上体炎: [なし ・ あり]										
消化器	腹痛: [なし ・ あり]			消化管潰瘍: [なし ・ あり]			消化管出血: [なし ・ あり]				
	消化器症状 (その他): ()										
精神・神経	精神症状: [なし ・ あり]			頭痛: [なし ・ あり]			麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]				
	脳脊髄症状: [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	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]									
	皮膚・粘膜	結節性紅斑様皮疹: [なし ・ あり]			座瘡様皮疹: [なし ・ あり]			毛嚢炎様皮疹: [なし ・ あり]			
		皮下の血栓性静脈炎: [なし ・ あり]			外陰部潰瘍: [なし ・ あり]			再発性アフタ性潰瘍 (口腔粘膜): [なし ・ あり]			
	皮膚・粘膜症状 (その他): ()										
	眼	網膜ぶどう膜炎: [なし ・ あり]			虹彩毛様体炎: [なし ・ あり]						
		視力障害: [なし ・ あり] 部位: [左 ・ 右 ・ 両側]			詳細: ()						
	眼症状 (その他): ()										
	呼吸器・循環器	肺梗塞: [なし ・ あり]			動脈血栓症: [なし ・ あり]			深部静脈血栓症: [なし ・ あり]			
動脈瘤: [なし ・ あり]			血管障害 (その他): ()								
腎・泌尿器	精巣上体炎: [なし ・ あり]										
消化器	腹痛: [なし ・ あり]			消化管潰瘍: [なし ・ あり]			消化管出血: [なし ・ あり]				
	消化器症状 (その他): ()										
精神・神経	精神症状: [なし ・ あり]			頭痛: [なし ・ あり]			麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]				
	脳脊髄症状: [なし ・ あり]			精神・神経症状 (その他): ()							
その他	症状 (その他): ()										

告示番号 **11** 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**

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 CH50：()U/mL・未実施 CRP：()mg/dL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血清IgD：()mg/dL・未実施	血小板数：()×10 ⁴ /μL 赤沈 (1時間値)：()mm/h
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()		
皮膚科的検査	針反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		
遺伝学的検査	HLA遺伝子型判定：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 抗原型 (HLA-A) ①：() 抗原型 (HLA-A) ②：() 抗原型 (HLA-B) ①：() 抗原型 (HLA-B) ②：() 抗原型 (HLA-DR) ①：() 抗原型 (HLA-DR) ②：() 抗原型 (HLA-DQ) ①：() 抗原型 (HLA-DQ) ②：()		

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL CH50：()U/mL・未実施 CRP：()mg/dL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血清IgD：()mg/dL・未実施	血小板数：()×10 ⁴ /μL 赤沈 (1時間値)：()mm/h
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()		
皮膚科的検査	針反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		
遺伝学的検査	HLA遺伝子型判定：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 抗原型 (HLA-A) ①：() 抗原型 (HLA-A) ②：() 抗原型 (HLA-B) ①：() 抗原型 (HLA-B) ②：() 抗原型 (HLA-DR) ①：() 抗原型 (HLA-DR) ②：() 抗原型 (HLA-DQ) ①：() 抗原型 (HLA-DQ) ②：()		

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：()		
家族歴	本疾患の家族歴：父：[なし ・ あり ・ 不明] 姉妹：[なし ・ あり ・ 不明] 母方祖父：[なし ・ あり ・ 不明]	母：[なし ・ あり ・ 不明] 父方祖父：[なし ・ あり ・ 不明] いとこ：[なし ・ あり ・ 不明]	兄弟：[なし ・ あり ・ 不明] 父方祖母：[なし ・ あり ・ 不明] その他：[なし ・ あり ・ 不明]

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] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 強心薬：[なし ・ あり]	ステロイド薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり]	免疫調整薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[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