

告示番号 **11** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **1/2**

病名	6 ベーチェット (Behcet) 病			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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 () 資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(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)			
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		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	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): ()							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
血液検査	白血球数: ()/μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL			
	CH50: ()U/mL・未実施		血清IgD: ()mg/dL・未実施		赤沈 (1時間値): ()mm/h			
	CRP: ()mg/dL							
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: ()							

告示番号 **11** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

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