

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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) 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：()											

