

告示番号	4	膠原病 () 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/4
病名	7 高安動脈炎 (大動脈炎症候群)			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)
	年 月 日		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
	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
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)			
病型	病型 (高安動脈炎): [弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型 (動脈瘤型) ・ 不明]			
	病型 (高安動脈炎、血管造影所見による): [I ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IV ・ V]			
診断の根拠 (高安動脈炎): [画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状 (脈なし、血圧左右差) ・ 頭部乏血症状 (失明、視力障害等) ・ その他]				
診断の根拠 (高安動脈炎、その他): ()				
症状	全身	発熱: [なし ・ あり] 低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり] 体重減少: [なし ・ あり] 易疲労性: [なし ・ あり]		
		浮腫: [なし ・ あり] 高血圧: [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] 関節痛: [なし ・ あり] 筋痛: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり]		
		筋・骨格症状 (その他): ()		
	皮膚・粘膜	レイノー・四肢の冷感: [なし ・ あり] リバドー (網状皮斑): [なし ・ あり] 結節性紅斑: [なし ・ あり]		
		皮下結節: [なし ・ あり] 壊疽: [なし ・ あり] 紫斑: [なし ・ あり] 口腔内潰瘍: [なし ・ あり]		
		潰瘍: [なし ・ あり]		
		皮膚・粘膜症状 (その他): ()		
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 上強膜炎: [なし ・ あり] 結膜炎: [なし ・ あり] 眼底出血: [なし ・ あり]		
	白斑: [なし ・ あり] 視力障害: [なし ・ あり]			
	眼症状 (その他): ()			
耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり] 鼻閉: [なし ・ あり] 嚔声: [なし ・ あり] 気道閉塞: [なし ・ あり]			
	副鼻腔炎: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり] 鞍鼻: [なし ・ あり] 難聴: [なし ・ あり]			
	めまい: [なし ・ あり]			
	耳鼻咽喉症状 (その他): ()			
呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 間質性肺炎: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 肺胞出血: [なし ・ あり]			
	肺高血圧症: [なし ・ あり] 咳嗽: [なし ・ あり] 息切れ: [なし ・ あり] 動悸: [なし ・ あり]			
	胸痛・胸部圧迫感: [なし ・ あり] 間欠跛行: [なし ・ あり] 脈拍欠損: [なし ・ あり] 血管雑音: [なし ・ あり]			
	血圧差 (左右または上下肢の血圧差10mmHg以上): [なし ・ あり]			
	循環器・呼吸器症状 (その他): ()			
腎・泌尿器	急性腎不全: [なし ・ あり] 慢性腎不全: [なし ・ あり] 急速進行性糸球体腎炎: [なし ・ あり] 腎梗塞: [なし ・ あり]			
	腎・泌尿器症状 (その他): ()			
消化器	吐血: [なし ・ あり] 下血: [なし ・ あり] イレウス: [なし ・ あり] 非特異的炎症性腸炎: [なし ・ あり]			
	消化器症状 (その他): ()			
精神・神経	痙攣: [なし ・ あり] 意識障害: [なし ・ あり] 精神症状: [なし ・ あり] 脳出血: [なし ・ あり]			
	脳梗塞: [なし ・ あり] 脊髄障害: [なし ・ あり] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 多発性単神経炎: [なし ・ あり]			
	無菌性髄膜炎: [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				
病型	病型 (高安動脈炎): [弓分岐閉塞型 ・ 異型大動脈縮窄型 ・ 混合型 ・ 拡張型 (動脈瘤型) ・ 不明]			
	病型 (高安動脈炎、血管造影所見による): [I ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IV ・ V]			
診断の根拠 (高安動脈炎): [画像診断による血管病変の確認 ・ 上肢乏血症状 (脈なし、血圧左右差) ・ 頭部乏血症状 (失明、視力障害等) ・ その他]				
診断の根拠 (高安動脈炎、その他): ()				

告示番号 **4** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/4**

症状	全身	発熱: [なし ・ あり] 浮腫: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり] 高血圧: [なし ・ あり]	体重減少: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり]	易疲労性: [なし ・ あり]
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()	関節痛: [なし ・ あり]	筋痛: [なし ・ あり]	筋力低下: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	レイノー・四肢の冷感: [なし ・ あり] 皮下結節: [なし ・ あり] 潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()	リペドー (網状皮斑): [なし ・ あり] 壊疽: [なし ・ あり]	結節性紅斑: [なし ・ あり] 紫斑: [なし ・ あり]	口腔内潰瘍: [なし ・ あり]
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 白斑: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()	上強膜炎: [なし ・ あり] 視力障害: [なし ・ あり]	結膜炎: [なし ・ あり]	眼底出血: [なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり] 副鼻腔炎: [なし ・ あり] めまい: [なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状 (その他): ()	鼻閉: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり]	嚔声: [なし ・ あり] 鞍鼻: [なし ・ あり]	気道閉塞: [なし ・ あり] 難聴: [なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり] 胸痛・胸部圧迫感: [なし ・ あり] 血圧差 (左右または上下肢の血圧差10mmHg以上): [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()	間質性肺炎: [なし ・ あり] 咳嗽: [なし ・ あり] 間欠跛行: [なし ・ あり]	血痰・咯血: [なし ・ あり] 息切れ: [なし ・ あり] 脈拍欠損: [なし ・ あり]	肺胞出血: [なし ・ あり] 動悸: [なし ・ あり] 血管雑音: [なし ・ あり]
	腎・泌尿器	急性腎不全: [なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他): ()	慢性腎不全: [なし ・ あり]	急速進行性糸球体腎炎: [なし ・ あり]	腎梗塞: [なし ・ あり]
	消化器	吐血: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()	下血: [なし ・ あり]	イレウス: [なし ・ あり]	非特異的炎症性腸炎: [なし ・ あり]
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり] 脳梗塞: [なし ・ あり] 無菌性髄膜炎: [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他): ()	意識障害: [なし ・ あり] 脊髄障害: [なし ・ あり]	精神症状: [なし ・ あり] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]	脳出血: [なし ・ あり] 多発性単神経炎: [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 ヘマトクリット (Ht): ()% D-dimer: ()μg/mL・未実施 CH50: ()U/mL・未実施 赤沈 (1時間値): ()mm/h KL-6: ()U/mL・未実施 MPO-ANCA: ()IU/mL・未実施	リンパ球: ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL FDP: ()μg/mL・未実施 血清IgG: ()mg/dL CRP: ()mg/dL リウマトイド因子 (定量): ()IU/mL・未実施 抗GBM抗体: ()U/mL・未実施	好酸球: ()% PT-INR: () 血清クレアチニン: ()mg/dL 血清IgE: ()IU/mL 抗核抗体: ()倍・未実施 PR3-ANCA: ()IU/mL・未実施	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL APTT: ()秒	
尿検査	細胞円柱: [なし ・ あり ・ 未実施] 尿中蛋白量: ()mg/dL	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]	一日尿蛋白量: ()g/day・未実施		
便検査	便潜血: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]				
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)			
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)			
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)			
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)			
	MRA検査: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)			
	血管造影: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)			
	PET検査: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)			
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 検査名: () 部位: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)			

告示番号 4 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		3/4
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：()% 好酸球：()% ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT-INR：() APTT：()秒 D-dimer：()μg/mL・未実施 FDP：()μg/mL・未実施 血清クレアチニン：()mg/dL CH50：()U/mL・未実施 血清IgG：()mg/dL 血清IgE：()IU/mL 赤沈 (1時間値)：()mm/h CRP：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 KL-6：()U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施 MPO-ANCA：()IU/mL・未実施 抗GBM抗体：()U/mL・未実施	
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施] 血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 一日尿蛋白量：()g/day・未実施 尿中蛋白量：()mg/dL	
便検査	便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]	
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()	
画像検査	超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()	
	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()	
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()	
	MRA検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()	
	血管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()	
	PET検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()	
	画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査名：() 部位：() 所見：()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	冠動脈病変：[なし ・ あり] 肺動脈病変：[なし ・ あり] 大動脈瘤：[なし ・ あり] 解離性大動脈瘤：[なし ・ あり] 大動脈弁閉鎖不全：[なし ・ あり] 大動脈弁直上の大動脈径：()mm 大動脈弁閉鎖不全の程度 (カラードプラ法)：[わずかな逆流 ・ 僧帽弁前尖まで ・ 乳頭筋まで ・ 心尖まで] 大動脈弁変化：[なし ・ あり] 気管支喘息：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()	
重症度分類	重症度 (高安動脈炎)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
臨床経過	原病及び合併症による1年間の入院回数：()回 症状の進行性：[なし ・ あり] 経過：[軽快 ・ 不変 ・ 徐々に悪化 ・ 急速に悪化 ・ その他] 経過 (その他)：()	
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] 免疫調整薬：[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：()	
カテーテル治療	カテーテル治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 術式：()	
手術	手術：[未実施 ・ 実施 ・ 施行予定] 実施日：(年 月 日) 術式：()	
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 ()	

告示番号	4	膠原病	()	年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	4/4
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