

告示番号		4		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/3	
病名	7 高安動脈炎 (大動脈炎症候群)							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	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)												
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]		リペドー (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]		肺泡出血: [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): ()												

告示番号 **4** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/3**

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	〈継続申請用〉	3/3
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