

告示番号		5		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		8 多発血管炎性肉芽腫症								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)											
診断		診断の根拠: [臨床的 ・ 病理的 ・ 両者を加味して] 診断時期: (年 月 日)											
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	リベドー: [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: [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): ()												
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											

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

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 () 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]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位校番 ()
 資格取得年月日 年 月 日