

告示番号		1		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		9 結節性多発血管炎（結節性多発動脈炎）								受付種別		☐ 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) 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				する ・ しない ・ 不明			
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)											
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	リペドー：[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）：()												
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
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)											
	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	リペドー：[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）：()												

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	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 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日