

告示番号	1	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	9 結節性多発血管炎 (結節性多発動脈炎)				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)				
		年 月 日			年 月 日		BMI	%	
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): ()								
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								

告示番号	1	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
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: ()				
PET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: ()				
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	気管支喘息: [なし ・ あり]		大腿骨頭壊死: [なし ・ あり]	
	合併症(その他): ()			
重症度分類	重症度(結節性多発動脈炎): [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]	
	免疫抑制薬: [なし ・ あり]		生物学的製剤: [なし ・ あり]	
	強心薬: [なし ・ あり]		利尿薬: [なし ・ あり]	
免疫調整薬: [なし ・ あり]		抗凝固薬: [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	1	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