

告示番号		3		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	11 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症								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 )												
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 <sup>4</sup> /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											
	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	3 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 ]	在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全: [ なし ・ あり ] 顔面変形: [ なし ・ あり ]	気道狭窄: [ なし ・ あり ] 合併症(その他): ( )
重症度分類	重症度(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症): [ 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 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 ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 強心薬: [ なし ・ あり ]	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ 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 ( )		

<b>告示番号</b>	<b>3</b>	<b>膠原病</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書</b>	<b>〈継続申請用〉</b>	<b>3/3</b>
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