

告示番号 **12** 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/3**

|   |  |  |                             |                       |                             |                         |               |
|---|--|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------|
| 病名                                      | <b>12 再発性多発軟骨炎</b>   |  |                             | 受付種別                  | <input type="checkbox"/> 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日  |  |                             |                       |                             |                         |               |
| 氏名                                      | (セイメイ)<br>(姓)  |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)        | (セイメイ)<br>(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<br>(測定日)  | cm ( SD)                                   |                             | 体重<br>(測定日)           | kg ( SD)                    |                         | BMI           |
|   |  | 年 月 日                                      | 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                                      | 確定診断の要件 (再発性多発軟骨炎):<br>( ) ① 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち2つの証明された炎症所見<br>( ) ② 耳介、鼻、喉頭気管軟骨の3つのうち1つの証明された炎症所見 + 眼病変、難聴・前庭障害、血清反応陰性関節炎のうちの2つの所見<br>( ) ③ ②の6つの症状のうち1所見 + 同部の組織陽性所見<br>※軟骨の変性 (好塩基性低下、弾性線維と膠原線維の変性・断裂、線維化、石灰化) および炎症細胞浸潤など本症に合致した所見であること |  |                             |                       |                             |                         |               |
| 症状                                      | 筋・骨格   | 血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎: [ なし ・ あり ]         |                             |                       |                             |                         |               |
|   | 皮膚・粘膜  | 紫斑: [ なし ・ あり ]                            |                             |                       |                             |                         |               |
|   | 眼  | ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ]                         |                             | 網膜血管炎: [ なし ・ あり ]    |                             | 強膜炎: [ なし ・ あり ]        |               |
|   |  | 結膜炎: [ なし ・ あり ]                           |                             | 角膜炎・角膜潰瘍: [ なし ・ あり ] |                             | 視力障害: [ なし ・ あり ]       |               |
|   |  | 眼症状 (その他): ( )                             |                             |                       |                             |                         |               |
|   | 耳鼻咽喉   | 嚔声: [ なし ・ あり ]                            |                             | 鼻軟骨炎: [ なし ・ あり ]     |                             | 耳介軟骨の炎症、変形: [ なし ・ あり ] |               |
|   |  | 伝音性難聴 (外耳道変形による): [ なし ・ あり ]              |                             | 感音性難聴: [ なし ・ あり ]    |                             | めまい: [ なし ・ あり ]        |               |
|   |  | 前庭障害 (その他): ( )                            |                             |                       |                             |                         |               |
| 呼吸器・循環器                                 | 咳嗽: [ なし ・ あり ]  |  | 喘鳴: [ なし ・ あり ]             |                       | 気管切開: [ なし ・ あり ]           |                         |               |
|   | 呼吸困難: [ なし ・ あり ]  |  | 大動脈弁閉鎖不全: [ なし ・ あり ]       |                       | 僧帽弁閉鎖不全: [ なし ・ あり ]        |                         |               |
|   | 僧帽弁逸脱: [ なし ・ あり ]   |  | 大動脈瘤: [ なし ・ あり ]           |                       |                             |                         |               |
|   | 循環器・呼吸器症状 (その他): ( )   |  |                             |                       |                             |                         |               |
| 消化器                                     | 悪心: [ なし ・ あり ]  |  |                             |                       |                             |                         |               |
| 精神・神経                                   | 運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ]   |  |                             |                       |                             |                         |               |
| その他                                     | 症状 (その他): ( )  |  |                             |                       |                             |                         |               |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |  |                             |                       |                             |                         |               |
| 症状                                      | 筋・骨格   | 血清反応陰性 (リウマチ因子陰性) 関節炎: [ なし ・ あり ]         |                             |                       |                             |                         |               |
|   | 皮膚・粘膜  | 紫斑: [ なし ・ あり ]                            |                             |                       |                             |                         |               |
|   | 眼  | ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ]                         |                             | 網膜血管炎: [ なし ・ あり ]    |                             | 強膜炎: [ なし ・ あり ]        |               |
|   |  | 結膜炎: [ なし ・ あり ]                           |                             | 角膜炎・角膜潰瘍: [ なし ・ あり ] |                             | 視力障害: [ なし ・ あり ]       |               |
|   |  | 眼症状 (その他): ( )                             |                             |                       |                             |                         |               |
|   | 耳鼻咽喉   | 嚔声: [ なし ・ あり ]                            |                             | 鼻軟骨炎: [ なし ・ あり ]     |                             | 耳介軟骨の炎症、変形: [ なし ・ あり ] |               |
|   |  | 伝音性難聴 (外耳道変形による): [ なし ・ あり ]              |                             | 感音性難聴: [ なし ・ あり ]    |                             | めまい: [ なし ・ あり ]        |               |
|   |  | 前庭障害 (その他): ( )                            |                             |                       |                             |                         |               |
| 呼吸器・循環器                                 | 咳嗽: [ なし ・ あり ]  |  | 喘鳴: [ なし ・ あり ]             |                       | 気管切開: [ なし ・ あり ]           |                         |               |
|   | 呼吸困難: [ なし ・ あり ]  |  | 大動脈弁閉鎖不全: [ なし ・ あり ]       |                       | 僧帽弁閉鎖不全: [ なし ・ あり ]        |                         |               |
|   | 僧帽弁逸脱: [ なし ・ あり ]   |  | 大動脈瘤: [ なし ・ あり ]           |                       |                             |                         |               |
|   | 循環器・呼吸器症状 (その他): ( )   |  |                             |                       |                             |                         |               |
| 消化器                                     | 悪心: [ なし ・ あり ]  |  |                             |                       |                             |                         |               |
| 精神・神経                                   | 運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ]   |  |                             |                       |                             |                         |               |
| その他                                     | 症状 (その他): ( )  |  |                             |                       |                             |                         |               |

| 告示番号 <b>12</b> 膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) |  | 2/3   |  |
|--|--|---|--|
| 検査所見 (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          |  |   |  |
| 血液検査   | 白血球数：( )/μL<br>血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL<br>CRP：( )mg/dL<br>MMP-3：( )ng/mL・未実施  | ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL<br>抗核抗体：( )倍・未実施<br>抗CCP抗体：( )U/mL・未実施 | ヘマトクリット (Ht)：( )%<br>赤沈 (1時間値)：( )mm/h<br>リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施 |
| 尿検査  | 血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 蛋白尿：[ なし ・ あり ]   |   |  |
| 病理検査   | 生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )  |   |  |
| 遺伝学的検査   | HLA遺伝子型判定：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>抗原型 (HLA-A) ①：( ) 抗原型 (HLA-A) ②：( )<br>抗原型 (HLA-B) ①：( ) 抗原型 (HLA-B) ②：( )<br>抗原型 (HLA-DR) ①：( ) 抗原型 (HLA-DR) ②：( )<br>抗原型 (HLA-DQ) ①：( ) 抗原型 (HLA-DQ) ②：( ) |   |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                             |  |   |  |
| 血液検査   | 白血球数：( )/μL<br>血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL<br>CRP：( )mg/dL<br>MMP-3：( )ng/mL・未実施  | ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL<br>抗核抗体：( )倍・未実施<br>抗CCP抗体：( )U/mL・未実施 | ヘマトクリット (Ht)：( )%<br>赤沈 (1時間値)：( )mm/h<br>リウマトイド因子 (定量)：( )IU/mL・未実施 |
| 尿検査  | 血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 蛋白尿：[ なし ・ あり ]   |   |  |
| 病理検査   | 生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )  |   |  |
| 遺伝学的検査   | HLA遺伝子型判定：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>抗原型 (HLA-A) ①：( ) 抗原型 (HLA-A) ②：( )<br>抗原型 (HLA-B) ①：( ) 抗原型 (HLA-B) ②：( )<br>抗原型 (HLA-DR) ①：( ) 抗原型 (HLA-DR) ②：( )<br>抗原型 (HLA-DQ) ①：( ) 抗原型 (HLA-DQ) ②：( ) |   |  |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載                           |  |   |  |
| 合併症  | 他の膠原病の合併：[ なし ・ あり ]<br>合併疾患名：( )  |   |  |
|  | 腎疾患の合併：[ なし ・ あり ]<br>合併疾患名：( )  |   |  |
|  | 合併症 (その他)：( )  |   |  |
| 経過 (申請時) ※直近の状況を記載                               |  |   |  |
| 薬物療法   | 非ステロイド系抗炎症薬：[ なし ・ あり ]<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]<br>強心薬：[ なし ・ あり ]  | ステロイド薬：[ なし ・ あり ]<br>生物学的製剤：[ なし ・ あり ]<br>利尿薬：[ なし ・ あり ]                     | 免疫調整薬：[ なし ・ あり ]<br>抗凝固薬：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>詳細：( )   |   |  |
| 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 )<br>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>12</b> | <b>膠原病</b> | ( ) | 年度             | 小児慢性特定疾病 医療意見書 | (新規申請用) | <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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |