

告示番号 12		膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2		
病名	12 再発性多発軟骨炎			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		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)					
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]			
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): ()					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
血液検査	白血球数: ()/μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL	ヘマトクリット (Ht): ()%			
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	血清クレアチニン: ()mg/dL	赤沈 (1時間値): ()mm/h			
	CRP: ()mg/dL	抗核抗体: ()倍・未実施	リウマトイド因子 (定量): ()IU/mL・未実施			
	MMMP-3: ()ng/mL・未実施	抗CCP抗体: ()U/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) 部位: () 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) 抗原型 (HLA-A) ① : () 抗原型 (HLA-A) ② : () 抗原型 (HLA-B) ① : () 抗原型 (HLA-B) ② : () 抗原型 (HLA-DR) ① : () 抗原型 (HLA-DR) ② : () 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] 合併疾患名: ()					
	腎疾患の合併: [なし ・ あり] 合併疾患名: ()					
	合併症 (その他): ()					

告示番号 12 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) 2/2	
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] ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫調整薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 生物学的製剤: [なし ・ あり] 抗凝固薬: [なし ・ あり] 強心薬: [なし ・ あり] 利尿薬: [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: ()
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 ()
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