

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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 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	嚥声: [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): ()												
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			
		MMP-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): ()											

