

告示番号		24		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		13 全身性強皮症						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) 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	皮膚・粘膜	スキンスコア値 (total skin thickness score) : () ・ 未実施											
		皮膚硬化 (体幹) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (上腕) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (前腕) : [なし ・ あり]			
		皮膚硬化 (手背) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (手指) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (足趾) : [なし ・ あり]			
		皮膚硬化 (足背) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (下腿) : [なし ・ あり]				皮膚硬化 (大腿) : [なし ・ あり]			
	レイノー現象 : [なし ・ あり]				手指先端部の虫食い状癒痕 : [なし ・ あり]				爪上皮内出血点 : [なし ・ あり]				
	皮膚・粘膜症状 (その他) : ()												
呼吸器・ 循環器	息切れ : [なし ・ あり]				動悸 : [なし ・ あり]				両側性肺線維症 (CTまたはX線で要確認) : [なし ・ あり]				
	循環器・呼吸器症状 (その他) : ()												
消化器	胸やけ : [なし ・ あり]				胃食道逆流症 : [なし ・ あり]				食物のつかえ : [なし ・ あり]				
	消化器症状 (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	抗核抗体 : ()倍・未実施 抗Scl-70抗体 : ()U/mL・未実施 抗セントロメア抗体 : ()U/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体 : ()U/mL・未実施 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 筋炎特異的抗体 (その他) : ()												
	炎症特異的抗体 (その他) : ()												
病理検査	皮膚生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 前腕伸側硬化 : [なし ・ あり] 所見 : ()												
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
鑑別診断	限局性強皮症 : [なし ・ あり]												
合併症	シェーグレン症候群 : [なし ・ あり] 逆流性食道炎 : [なし ・ あり] 強皮症腎クリーゼ : [なし ・ あり] 合併症 (その他) : ()												
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
臨床経過	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] プロスタサイクリン : [なし ・ あり] ACE阻害薬 : [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 ()												

