

告示番号	20	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	18 ブラウ (Blau) 症候群 / 若年発症サルコイドーシス				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 () 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	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		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)						
基本情報	発症年齢: ()歳						
症状	全身	発熱 (38℃以上): [なし ・ あり]		発熱 (38℃未満): [なし ・ あり]		発熱期間: ()日間	
		熱型: [稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他]					
		熱型 (その他): ()					
		発熱間隔: [持続的 ・ 発作的 ・ 不定期]		周期性: [なし ・ あり]		発熱周期: ()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい	
	血管炎: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり]		関節痛: [なし ・ あり]		関節の機能障害: [なし ・ あり]	
		関節の囊腫状腫脹 (足背): [なし ・ あり]		関節の囊腫状腫脹 (手背): [なし ・ あり]			
		屈指症 (手指): [なし ・ あり]		屈指症 (足趾): [なし ・ あり]			
		骨髓炎: [なし ・ あり] 部位: ()					
		筋・骨格症状 (その他): ()					
	皮膚・粘膜	皮疹: [なし ・ あり]					
		詳細: ()					
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり]		視力低下: [なし ・ あり]			
眼症状 (その他): ()							
消化器	炎症性腸疾患: [なし ・ あり]						
精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]						
その他	詳細: ()						
その他	低ガンマグロブリン血症: [なし ・ あり]						
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	全身	発熱 (38℃以上): [なし ・ あり]		発熱 (38℃未満): [なし ・ あり]		発熱期間: ()日間	
		熱型: [稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他]					
		熱型 (その他): ()					
		発熱間隔: [持続的 ・ 発作的 ・ 不定期]		周期性: [なし ・ あり]		発熱周期: ()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい	
	血管炎: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり]		関節痛: [なし ・ あり]		関節の機能障害: [なし ・ あり]	
		関節の囊腫状腫脹 (足背): [なし ・ あり]		関節の囊腫状腫脹 (手背): [なし ・ あり]			
		屈指症 (手指): [なし ・ あり]		屈指症 (足趾): [なし ・ あり]			
		骨髓炎: [なし ・ あり] 部位: ()					
		筋・骨格症状 (その他): ()					
	皮膚・粘膜	皮疹: [なし ・ あり]					
		詳細: ()					
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり]		視力低下: [なし ・ あり]			
眼症状 (その他): ()							
消化器	炎症性腸疾患: [なし ・ あり]						

告示番号 **20** 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**

症状	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()		
	その他	低ガンマグロブリン血症：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()		
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	血清IgG：()mg/dL 血清アミロイドA：()μg/mL・未実施 自己抗体 (その他)：()	赤沈 (1時間値)：()mm/h MMP-3：()ng/mL・未実施	CRP：()mg/dL	()
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：()年()月()日	部位：()	()
画像検査	超音波検査 (関節)：[未実施 ・ 実施] 関節液貯留：[なし ・ あり] 腱鞘滑膜炎：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()	実施日：()年()月()日 関節滑膜肥厚：[なし ・ あり] 異常パワードプラ (関節内)：[なし ・ あり]	付着部肥厚：[なし ・ あり] 異常パワードプラ (付着部)：[なし ・ あり]	()
	超音波検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：()年()月()日	部位：()	()
眼科学的検査	視力検査：[未実施 ・ 実施] 右 (裸眼)：() 左 (裸眼)：()	実施日：()年()月()日	右 (矯正後)：() 左 (矯正後)：()	()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：()	実施日：()年()月()日	NOD2遺伝子異常：[なし ・ あり]	()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()			
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
血液検査	血清IgG：()mg/dL 血清アミロイドA：()μg/mL・未実施 自己抗体 (その他)：()	赤沈 (1時間値)：()mm/h MMP-3：()ng/mL・未実施	CRP：()mg/dL	()
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：()年()月()日	部位：()	()
画像検査	超音波検査 (関節)：[未実施 ・ 実施] 関節液貯留：[なし ・ あり] 腱鞘滑膜炎：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()	実施日：()年()月()日 関節滑膜肥厚：[なし ・ あり] 異常パワードプラ (関節内)：[なし ・ あり]	付着部肥厚：[なし ・ あり] 異常パワードプラ (付着部)：[なし ・ あり]	()
	超音波検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：()年()月()日	部位：()	()
眼科学的検査	視力検査：[未実施 ・ 実施] 右 (裸眼)：() 左 (裸眼)：()	実施日：()年()月()日	右 (矯正後)：() 左 (矯正後)：()	()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：()	実施日：()年()月()日	NOD2遺伝子異常：[なし ・ あり]	()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()			
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()			
家族歴	家系：[日本人 ・ 日本人以外] 詳細：()			
	両親の血族婚：[なし ・ あり ・ 不明]			
	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()			
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] 免疫調整薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 詳細：()	ステロイド薬：[なし ・ あり] メトトレキサート：[なし ・ あり] 強心薬：[なし ・ あり]	コルチヒン：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[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 ()			

告示番号	20	膠原病	()	年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	3/3
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