

告示番号		20		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	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"/> 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)			BMI				
		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	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 ]								
		骨髄炎 : [ 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 : ( )								
皮疹出現や増悪の契機 : [ 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 ]												
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	血清IgG : ( ) mg/dL			赤沈 (1時間値) : ( ) mm/h			CRP : ( ) mg/dL						
	血清アミロイドA : ( ) µg/mL ・ 未実施			MMP-3 : ( ) ng/mL ・ 未実施									
自己抗体 (その他) : ( )													
病理検査	生検 : [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日 : ( 年 月 日 )									
	部位 : ( )												
所見 : ( )													
画像検査	超音波検査 (関節) : [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日 : ( 年 月 日 )			付着部肥厚 : [ なし ・ あり ]						
	関節液貯留 : [ なし ・ あり ]			関節滑膜肥厚 : [ なし ・ あり ]			異常パワードブラ (関節内) : [ なし ・ あり ]			異常パワードブラ (付着部) : [ なし ・ あり ]			
	腱鞘滑膜炎 : [ なし ・ あり ]												
所見 (その他) : ( )													
超音波検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ]													
実施日 : ( 年 月 日 )													
部位 : ( )													
所見 : ( )													
眼科学的検査	視力検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日 : ( 年 月 日 )									
	右 (裸眼) : ( )			左 (裸眼) : ( )			右 (矯正後) : ( )			左 (矯正後) : ( )			

告示番号	20	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
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )      NOD2遺伝子異常: [ なし ・ あり ] NOD2遺伝子以外の疾患関連変異: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )				
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 ]      ステロイド薬: [ なし ・ あり ]      コルチヒン: [ なし ・ あり ] 免疫調整薬: [ なし ・ あり ]      メトトレキサート: [ なし ・ あり ]      免疫抑制薬: [ 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 ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )				
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