

告示番号		21		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		☐ 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 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（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：() 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) 関節液貯留：[なし ・ あり] 関節滑膜肥厚：[なし ・ あり] 付着部肥厚：[なし ・ あり] 腱鞘滑膜炎：[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] 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）：()														

