

告示番号		19		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/4	
病名	19 中條・西村症候群							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	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]											
		発熱: [なし ・ あり] 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											
	寒冷誘発発症: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり]			関節拘縮: [なし ・ あり]			関節痛: [なし ・ あり]					
		筋萎縮: [なし ・ あり]			筋炎: [なし ・ あり]			長く節くれ立った指: [なし ・ あり]					
		筋力低下: [なし ・ あり] 部位: ()											
	筋・骨格症状(その他): ()												
皮膚・粘膜	ヘリオトロープ様皮疹: [なし ・ あり]			結節性紅斑様皮疹: [なし ・ あり]			凍瘡様皮疹(手足): [なし ・ あり]						
	限局性脂肪萎縮: [なし ・ あり]												
皮疹(その他): 部位: ()													
皮疹(その他): ()													
眼	眼球突出: [なし ・ あり]			視力低下: [なし ・ あり]									
眼症状(その他): ()													
内分泌・代謝	耐糖能異常: [なし ・ あり]			高コレステロール血症: [なし ・ あり]			高トリグリセリド血症: [なし ・ あり]			肥満: [なし ・ あり]			
精神・神経	てんかん: [なし ・ あり]												
	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]												
神経症状: [なし ・ あり]													
詳細: ()													
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	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]											
		発熱: [なし ・ あり] 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											
	寒冷誘発発症: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり]			関節拘縮: [なし ・ あり]			関節痛: [なし ・ あり]					
		筋萎縮: [なし ・ あり]			筋炎: [なし ・ あり]			長く節くれ立った指: [なし ・ あり]					
		筋力低下: [なし ・ あり] 部位: ()											
	筋・骨格症状(その他): ()												
皮膚・粘膜	ヘリオトロープ様皮疹: [なし ・ あり]			結節性紅斑様皮疹: [なし ・ あり]			凍瘡様皮疹(手足): [なし ・ あり]						
	限局性脂肪萎縮: [なし ・ あり]												

告示番号 **19** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/4**

症状	皮膚・粘膜	皮疹 (その他): 部位: () 皮疹 (その他): ()
	眼	眼球突出: [なし ・ あり] 視力低下: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()
	内分泌・代謝	耐糖能異常: [なし ・ あり] 高コレステロール血症: [なし ・ あり] 高トリグリセリド血症: [なし ・ あり] 肥満: [なし ・ あり]
	精神・神経	てんかん: [なし ・ あり] 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
		神経症状: [なし ・ あり] 詳細: ()
その他	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	ヘモグロビン (Hb): これまでの最低値: () g/dL		
	赤沈 (1時間値): これまでの最高値: () mm/h	赤沈 (1時間値): これまでの最低値: () mm/h	
	CRP: これまでの最高値: () mg/dL	CRP: これまでの最低値: () mg/dL	
	血清アミロイドA: これまでの最高値: () µg/mL・未実施	血清アミロイドA: これまでの最低値: () µg/mL・未実施	
	プロカルシトニン: これまでの最高値: () ng/mL・未実施	プロカルシトニン: これまでの最低値: () ng/mL・未実施	
	LDH: これまでの最高値: () U/L		
	CK: これまでの最高値: () U/L		
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		
	部位: ()		
	所見: ()		
	生理機能検査	心電図検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
		所見: ()	
	画像検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
		所見: ()	
画像検査	CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 大脳基底核石灰化: [なし ・ あり]		
	所見 (その他): ()		
画像検査	画像検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肝腫: [なし ・ あり] 脾腫: [なし ・ あり]		
	所見 (その他): ()		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		
	PSM88遺伝子疾患関連変異: [なし ・ あり] PSM88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): ()		

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	ヘモグロビン (Hb): 最近1年間の最低値: () g/dL		
	赤沈 (1時間値): 最近1年間の最高値: () mm/h	赤沈 (1時間値): 最近1年間の最低値: () mm/h	
	CRP: 最近1年間の最高値: () mg/dL	CRP: 最近1年間の最低値: () mg/dL	
	血清アミロイドA: 最近1年間の最高値: () µg/mL・未実施	血清アミロイドA: 最近1年間の最低値: () µg/mL・未実施	
	プロカルシトニン: 最近1年間の最高値: () ng/mL・未実施	プロカルシトニン: 最近1年間の最低値: () ng/mL・未実施	
	LDH: 最近1年間の最高値: () U/L		
	CK: 最近1年間の最高値: () U/L		
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		
	部位: ()		
	所見: ()		
	生理機能検査	心電図検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
		所見: ()	
	画像検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
		所見: ()	
画像検査	CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 大脳基底核石灰化: [なし ・ あり]		
	所見 (その他): ()		
画像検査	画像検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肝腫: [なし ・ あり] 脾腫: [なし ・ あり]		
	所見 (その他): ()		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		
	PSM88遺伝子疾患関連変異: [なし ・ あり] PSM88遺伝子以外の疾患関連変異: [なし ・ あり]		
詳細: ()			

告示番号 19 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		3/4
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: ()	
予防接種歴 (生ワクチン)	BCG: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 麻疹: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 風疹: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 水痘: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] ムンプス: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] ロタウイルス: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] その他: ()	
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] 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]	
	免疫調整薬: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	生物学的製剤: [なし ・ あり] 詳細: ()	
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [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 ()	
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