

告示番号 19		膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/3		
病名	19 中條・西村症候群			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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	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				
	筋・骨格	寒冷誘発炎症: [なし ・ あり]				
		詳細: ()				
		関節腫脹: [なし ・ あり] 関節拘縮: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり]				
	皮膚・粘膜	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): ()				
眼	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]					
内分泌・代謝	皮膚(その他): 部位: ()					
	皮膚(その他): ()					
精神・神経	眼球突出: [なし ・ あり] 視力低下: [なし ・ あり]					
	眼症状(その他): ()					
	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]					
その他	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]					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	神経症状: [なし ・ あり]					
	詳細: ()					
	症状(その他): ()					
	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				
血清IgG: これまでの最高値: () mg/dL						
血清IgE: これまでの最高値: () IU/mL						
抗核抗体: これまでの最高値: () 倍 ・ 未実施						
自己抗体(その他): これまでの最高値: ()						
血液検査所見(その他): ()						
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)					
	部位: ()					
所見: ()						

告示番号 **19** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/3**

生理機能検査	心電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	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 (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)：()

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