

告示番号		15		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	21 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群					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)			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 (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: [なし ・ あり]		熱型: [稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他]			発熱期間: ()日間			
		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	アミロイドーシス (腎): [なし ・ あり]		アミロイドーシス (肝): [なし ・ あり]		アミロイドーシス (消化器): [なし ・ あり]				
		アミロイドーシス (その他): ()								
	皮膚・粘膜	関節痛: [なし ・ あり]								
		関節腫脹: [なし ・ あり]		発症年齢: ()歳		部位: ()				
	眼	難治性ざ瘡: [なし ・ あり]		口内炎: [なし ・ あり]		注射部位の膿瘍形成: [なし ・ あり]				
嚢胞性ざ瘡: [なし ・ あり]		発症年齢: ()歳		部位: ()						
消化器	壊疽性膿皮症: [なし ・ あり]		発症年齢: ()歳		部位: ()					
	眼症状: [なし ・ あり]									
その他	詳細: ()									
	炎症性腸疾患: [なし ・ あり]									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]		熱型: [稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他]			発熱期間: ()日間			
		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	アミロイドーシス (腎): [なし ・ あり]		アミロイドーシス (肝): [なし ・ あり]		アミロイドーシス (消化器): [なし ・ あり]				
		アミロイドーシス (その他): ()								
	皮膚・粘膜	関節痛: [なし ・ あり]								
		関節腫脹: [なし ・ あり]		発症年齢: ()歳		部位: ()				
	眼	難治性ざ瘡: [なし ・ あり]		口内炎: [なし ・ あり]		注射部位の膿瘍形成: [なし ・ あり]				
嚢胞性ざ瘡: [なし ・ あり]		発症年齢: ()歳		部位: ()						
消化器	壊疽性膿皮症: [なし ・ あり]		発症年齢: ()歳		部位: ()					
	眼症状: [なし ・ あり]									
その他	詳細: ()									
	炎症性腸疾患: [なし ・ あり]									
症状 (その他): ()										

告示番号 **15** 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**

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	白血球数: ()/μL 血清IgG: ()mg/dL 自己抗体 (その他): ()	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 赤沈 (1時間値): ()mm/h	ヘマトクリット (Ht): ()% CRP: ()mg/dL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清アミロイドA: ()μg/mL・未実施
病理検査	関節穿刺: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()			
	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()			
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査名: () 部位: () 所見: ()			
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異: [なし ・ あり] PSTPIP1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	白血球数: ()/μL 血清IgG: ()mg/dL 自己抗体 (その他): ()	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 赤沈 (1時間値): ()mm/h	ヘマトクリット (Ht): ()% CRP: ()mg/dL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清アミロイドA: ()μg/mL・未実施
病理検査	関節穿刺: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()			
	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()			
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査名: () 部位: () 所見: ()			
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) PSTPIP1遺伝子の疾患関連変異: [なし ・ あり] PSTPIP1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] 免疫調整薬: [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 ()

告示番号	15	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