

告示番号 15		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	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"/> 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	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				
		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): ()				
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり] 関節腫脹: [なし ・ あり] 発症年齢: ()歳 部位: ()				
	皮膚・粘膜	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: () 壊疽性膿皮症: [なし ・ あり] 発症年齢: ()歳 部位: ()				
	眼	眼症状: [なし ・ あり] 詳細: ()				
	消化器	炎症性腸疾患: [なし ・ あり]				
	その他	症状(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 ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 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 自己抗体(その他): ()					
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: ()					

告示番号	15	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
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 ()				
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