

告示番号 <b>15</b>		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 ]				
		膿疱性ざ瘡: [ 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 <sup>4</sup> /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