

告示番号 **21** 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	<b>22 慢性再発性多発性骨髄炎</b>			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		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 )						
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	寒冷誘発炎症: [ なし ・ あり ]					
		詳細: ( )					
		関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 関節の機能障害: [ なし ・ あり ]					
		関節拘縮: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
	皮膚・粘膜	骨髄炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
		経過: [ 孤発性 ・ 多発性 ・ 単相一過性 ・ 多相再発性 ]					
		筋・骨格症状 (その他): ( )					
眼	膿疱症 (手掌足底): [ なし ・ あり ]						
	膿疱症 (その他): ( )						
消化器	乾癬: [ なし ・ あり ] ざ瘡: [ なし ・ あり ]						
	皮膚 (その他): ( )						
精神・神経	眼症状: [ なし ・ あり ]						
	詳細: ( )						
その他	肝腫: [ なし ・ あり ] 脾腫: [ なし ・ あり ] 嘔吐: [ なし ・ あり ] 炎症性腸疾患: [ なし ・ あり ]						
	神経症状: [ 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	寒冷誘発炎症: [ なし ・ あり ]					
		詳細: ( )					
		関節腫脹: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ] 関節の機能障害: [ なし ・ あり ]					
		関節拘縮: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
	皮膚・粘膜	骨髄炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
		経過: [ 孤発性 ・ 多発性 ・ 単相一過性 ・ 多相再発性 ]					
		筋・骨格症状 (その他): ( )					
その他	膿疱症 (手掌足底): [ なし ・ あり ]						
	膿疱症 (その他): ( )						

告示番号		21		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	
症状	皮膚・粘膜	乾癬:[ なし ・ あり ]		ざ瘡:[ なし ・ あり ]							
	眼	眼症状:[ なし ・ あり ]		詳細:( )							
	消化器	肝腫:[ なし ・ あり ]		脾腫:[ なし ・ あり ]		嘔吐:[ なし ・ あり ]		炎症性腸疾患:[ なし ・ あり ]			
	精神・神経	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	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		赤沈 (1時間値):( )mm/h		CRP:( )mg/dL						
病理検査	血清アミロイドA:( )μg/mL・未実施		プロカルシトニン:( )ng/mL・未実施								
	自己抗体 (その他):( )										
画像検査	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:( )										
	単純X線検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		部位:( )						
	所見:( )										
	CT検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		部位:( )						
所見:( )											
遺伝学的検査	MRI検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		部位:( )						
	所見:( )										
	シンチグラフィ (骨):[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		異常取込:[ なし ・ あり ]		異常部位:( )				
	核医学検査 (その他):[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		部位:( )						
	所見:( )										
	PET検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		異常取込:[ なし ・ あり ]						
異常部位:( )											
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		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		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		赤沈 (1時間値):( )mm/h		CRP:( )mg/dL						
病理検査	血清アミロイドA:( )μg/mL・未実施		プロカルシトニン:( )ng/mL・未実施								
	自己抗体 (その他):( )										
画像検査	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:( )										
	単純X線検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		部位:( )						
	所見:( )										
	CT検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		部位:( )						
所見:( )											
遺伝学的検査	MRI検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		部位:( )						
	所見:( )										
	シンチグラフィ (骨):[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		異常取込:[ なし ・ あり ]		異常部位:( )				
	核医学検査 (その他):[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		部位:( )						
	所見:( )										
	PET検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		異常取込:[ なし ・ あり ]						
異常部位:( )											

告示番号 **21** 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**

遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 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 ( )		
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