

告示番号 21		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	22 慢性再発性多発性骨髄炎			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				
		寒冷誘発炎症: [なし ・ あり] 詳細: ()				
		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: ()				
		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): ()				
	皮膚・粘膜	膿疱症 (手掌足底): [なし ・ あり] 膿疱症 (その他): ()				
		乾癬: [なし ・ あり] ざ瘡: [なし ・ あり] 皮疹 (その他): ()				
	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 (申請時) ※直近の状況を記載						
血液検査	白血球数: () / μ L		ヘモグロビン (Hb): () g/dL		ヘマトクリット (Ht): () %	
	血小板数: () $\times 10^4$ / μ L		赤沈 (1時間値): () mm/h		CRP: () mg/dL	
	血清アミロイドA: () μ g/mL ・ 未実施		プロカルシトニン: () ng/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	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：()
	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)：()
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