

告示番号		22		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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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：()/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 赤沈 (1時間値)：()mm/h CRP：()mg/dL 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)：()											
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：()											

