

| 告示番号 | 22 | 膠原病 | () | 年度 | 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) | 1/4 | |
|---|---|--|-----------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------|
| 病名 | 24 15から23までに掲げるもののほか、自己炎症性疾患 | | | | 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) | | |
| | | 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 | | | | | | | |
| 具体的な疾病名 | () | | | | 最終受診日 | (年 月 日) | |
| 基本情報 | 発症年齢: () 歳 | | | | | | |
| 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 | |
| | | 低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり] | | 先天性赤血球異形成貧血: [なし ・ あり] | | 血管炎: [なし ・ あり] | |
| | | アミロペクチノーシス: [なし ・ あり] | | 肉芽腫性病変: [なし ・ あり] | | | |
| | | 易感染性: [なし ・ あり] 部位: () | | | | | |
| | | 病原体: () | | | | | |
| | 筋・骨格 | リンパ節腫脹: [なし ・ あり] 部位: () | | | | | |
| | | 漿膜炎: [なし ・ あり] 部位: () | | | | | |
| | | 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): () | | | | | |
| 炎症発作の誘因: [なし ・ あり] | | | | | | | |
| 皮膚・粘膜 | 関節腫脹: [なし ・ あり] 部位: () | | | | | | |
| | 関節痛: [なし ・ あり] 部位: () | | | | | | |
| | 関節の機能障害: [なし ・ あり] 部位: () | | | | | | |
| | 筋痛: [なし ・ あり] 部位: () | | | | | | |
| | 骨格筋障害: [なし ・ あり] 部位: () | | | | | | |
| | 骨髓炎: [なし ・ あり] 部位: () | | | | | | |
| | 線維性軟骨異形成: [なし ・ あり] 部位: () | | | | | | |
| 眼 | 顎骨の拡大: [なし ・ 上顎 ・ 下顎] | | | | | | |
| | 筋・骨格症状 (その他): () | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | 毛包性丘疹: [なし ・ あり] | | 寒冷蕁麻疹: [なし ・ あり] | | 網状皮疹: [なし ・ あり] | | |
| | 尋常性乾癬: [なし ・ あり] | | 膿疱性乾癬: [なし ・ あり] | | 慢性毛包炎: [なし ・ あり] | | |
| 呼吸器・循環器 | 多毛症: [なし ・ あり] | | 掌蹼角化症: [なし ・ あり] | | 色素過剰症: [なし ・ あり] | | |
| | 皮疹 (その他): () | | | | | | |
| 心臓 | 眼症状: [なし ・ あり] | | | | | | |
| | 詳細: () | | | | | | |
| 心臓 | 難聴: [なし ・ あり] | | | | | | |
| | 心筋障害: [なし ・ あり] | | | | | | |

| 告示番号 22 | | 膠原病 () | | 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) | | 2/4 | | | | | | |
|----------------------|---|--|--|---|---------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------------|--|-------------------------------|--|--|
| 症状 | 消化器 | 肝腫:[なし ・ あり] 脾腫:[なし ・ あり] 腹痛:[なし ・ あり] 下痢:[なし ・ あり] 血便:[なし ・ あり] 嘔吐:[なし ・ あり] 肛門膿瘍:[なし ・ あり] 肛門瘻孔:[なし ・ あり] 裂肛:[なし ・ あり] | 炎症性腸疾患:[なし ・ あり] 部位:() | | | | | | | | | |
| | 精神・神経 | 脳梗塞:[なし ・ あり] 機序分類:[出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性] 頭痛:[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎:[なし ・ あり] 神経症状:[なし ・ あり] 詳細:() | | | | | | | | | | |
| | その他 | 低ガンマグロブリン血症:[なし ・ あり] 症状(その他):() | 歯牙異常:[なし ・ あり] | 咬合異常:[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(その他):() 発熱間隔:[持続的 ・ 発作的 ・ 不定期] 周期性:[なし ・ あり] 発熱期間:()日間 発熱周期:()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい | 熱型:[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] | 低身長 (-2.0SD以下):[なし ・ あり] 先天性赤血球異形成貧血:[なし ・ あり] 血膜炎:[なし ・ あり] アミロペグチノース:[なし ・ あり] 肉芽腫性病変:[なし ・ あり] | 易感染性:[なし ・ あり] 部位:() 病原体:() | リンパ節腫脹:[なし ・ あり] 部位:() | 漿膜炎:[なし ・ あり] 部位:() | 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):() | 炎症発作の誘因:[なし ・ あり] 詳細:() | | |
| | 筋・骨格 | 関節腫脹:[なし ・ あり] 部位:() | 関節痛:[なし ・ あり] 部位:() | 関節の機能障害:[なし ・ あり] 部位:() | 筋痛:[なし ・ あり] 部位:() | 骨格筋障害:[なし ・ あり] 部位:() | 骨髄炎:[なし ・ あり] 部位:() | 線維性軟骨異形成:[なし ・ あり] 部位:() | 顎骨の拡大:[なし ・ 上顎 ・ 下顎] | 筋・骨格症状(その他):() | | |
| | 皮膚・粘膜 | 毛包性丘疹:[なし ・ あり] 尋常性乾癬:[なし ・ あり] 多毛症:[なし ・ あり] 皮疹(その他):() | 寒冷尋麻疹:[なし ・ あり] 膿疱性乾癬:[なし ・ あり] 掌蹠角化症:[なし ・ あり] | 網状皮疹:[なし ・ あり] 慢性毛包炎:[なし ・ あり] 色素過剰症:[なし ・ あり] | 尋麻疹様発疹:[なし ・ あり] 口内炎:[なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 眼 | 眼症状:[なし ・ あり] 詳細:() | | | | | | | | | | |
| | 耳鼻咽喉 | 難聴:[なし ・ あり] | | | | | | | | | | |
| | 呼吸器・循環器 | 心筋障害:[なし ・ あり] | | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 肝腫:[なし ・ あり] 脾腫:[なし ・ あり] 腹痛:[なし ・ あり] 下痢:[なし ・ あり] 血便:[なし ・ あり] 嘔吐:[なし ・ あり] 肛門膿瘍:[なし ・ あり] 肛門瘻孔:[なし ・ あり] 裂肛:[なし ・ あり] | 炎症性腸疾患:[なし ・ あり] 部位:() | | | | | | | | | |
| | 精神・神経 | 脳梗塞:[なし ・ あり] 機序分類:[出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性] 頭痛:[なし ・ あり] 無菌性髄膜炎:[なし ・ あり] 神経症状:[なし ・ あり] 詳細:() | | | | | | | | | | |
| | その他 | 低ガンマグロブリン血症:[なし ・ あり] 症状(その他):() | 歯牙異常:[なし ・ あり] | 咬合異常:[なし ・ あり] | | | | | | | | |
| | 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 | 血清IgG:()mg/dL 赤沈(1時間値):発作時:()mm/h CRP:発作時:()mg/dL 血清アミロイドA:発作時:()µg/mL・未実施 プロカルシトニン:発作時:()ng/mL・未実施 自己抗体(その他):() | 赤沈(1時間値):非発作時:()mm/h CRP:非発作時:()mg/dL 血清アミロイドA:非発作時:()µg/mL・未実施 プロカルシトニン:非発作時:()ng/mL・未実施 | | | | | | | | | |

| 告示番号 | 22 | 膠原病 () | 年度 | 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) | 3/4 |
|------------------------|---|--------------------|------------------------------|------------------------|--------------------|
| 病理検査 | 生検: [未実施 ・ 実施] | 実施日: (年 月 日) | | | |
| | 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) | | 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 | 血清IgG: ()mg/dL | | | | |
| | 赤沈 (1時間値): 発作時: ()mm/h | | 赤沈 (1時間値): 非発作時: ()mm/h | | |
| | CRP: 発作時: ()mg/dL | | CRP: 非発作時: ()mg/dL | | |
| | 血清アミロイドA: 発作時: ()μg/mL・未実施 | | 血清アミロイドA: 非発作時: ()μg/mL・未実施 | | |
| | プロカルシトニン: 発作時: ()ng/mL・未実施 | | プロカルシトニン: 非発作時: ()ng/mL・未実施 | | |
| | 自己抗体 (その他): () | | | | |
| 病理検査 | 生検: [未実施 ・ 実施] | 実施日: (年 月 日) | | | |
| | 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) | | 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 | 結節性多発動脈炎: [なし ・ あり] | | 自己免疫疾患: [なし ・ あり] | | |
| | 合併症 (その他): () | | | | |
| 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 |