

告示番号		9		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		2 全身性エリテマトーデス								受付種別		☐ 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				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 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり] 全身倦怠感: [なし ・ あり] 浮腫: [なし ・ あり] 高血圧: [なし ・ あり] 溶血性貧血: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()													
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり] 筋痛: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 筋炎: [なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり] レイノー現象: [なし ・ あり] 脱毛: [なし ・ あり] 円盤状紅斑: [なし ・ あり] 蝶形紅斑: [なし ・ あり] 口腔内潰瘍: [なし ・ あり] 鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()													
	眼	眼痛: [なし ・ あり] 視力低下: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()													
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 間質性肺炎: [なし ・ あり] 肺出血: [なし ・ あり] 肺梗塞: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()													
	腎・泌尿器	ネフローゼ症候群: [なし ・ あり] 急性腎不全: [なし ・ あり] 慢性腎不全: [なし ・ あり] 腎・泌尿器症状 (その他): ()													
	消化器	腹痛: [なし ・ あり] 腹膜刺激症状: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり] 消化器症状 (その他): ()													
	精神・神経	痙攣: [なし ・ あり] 意識障害: [なし ・ あり] 精神症状: [なし ・ あり] 脳出血: [なし ・ あり] 脳梗塞: [なし ・ あり] 多発単神経炎: [なし ・ あり] 脊髄障害: [なし ・ あり] 無菌性髄膜炎: [なし ・ あり] 器質性脳症候群: [なし ・ あり] 脳神経症状: [なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他): ()													
	その他	症状 (その他): ()													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
症状	全身	発熱 (38℃以上2週間以上持続): [なし ・ あり] 全身倦怠感: [なし ・ あり] 浮腫: [なし ・ あり] 高血圧: [なし ・ あり] 溶血性貧血: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()													
	筋・骨格	2箇所以上の非破壊性関節炎: [なし ・ あり] 筋痛: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 筋炎: [なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	日光過敏: [なし ・ あり] レイノー現象: [なし ・ あり] 脱毛: [なし ・ あり] 円盤状紅斑: [なし ・ あり] 蝶形紅斑: [なし ・ あり] 口腔内潰瘍: [なし ・ あり] 鼻腔内潰瘍: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()													
	眼	眼痛: [なし ・ あり] 視力低下: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()													
	呼吸器・循環器	胸膜炎: [なし ・ あり] 間質性肺炎: [なし ・ あり] 肺出血: [なし ・ あり] 肺梗塞: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状 (その他): ()													

