告示番号 10　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	3　皮膚筋炎／多発性筋炎	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（　　ー　　）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）　年　　月　　日 体重（測定日）　kg（　　SD）　年　　月　　日 BMI 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）
診断		診断分類（皮膚筋炎／多発筋炎）：[皮膚筋炎 ・ 臨床的無筋症性皮膚筋炎 ・ 多発性筋炎 ・ その他の特発性炎症性筋炎]
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]　体重減少：[なし ・ あり]　浮腫（全身性）：[なし ・ あり]　リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 全身症状（その他）：（　　）
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり]　関節拘縮：[なし ・ あり]　関節痛：[なし ・ あり]　筋把握痛：[なし ・ あり] 筋痛：[なし ・ あり]　筋力低下：[なし ・ あり]　筋萎縮：[なし ・ あり] 筋・骨格症状（その他）：（　　）
	皮膚・粘膜	爪郭発赤：[なし ・ あり]　日光過敏：[なし ・ あり]　レイノー現象：[なし ・ あり]　蝶形紅斑：[なし ・ あり] 紅斑（関節伸側）：[なし ・ あり]　ゴットロン丘疹：[なし ・ あり]　ゴットロン徴候（四肢関節伸側の紅斑）：[なし ・ あり] ヘリオトロープ疹：[なし ・ あり]　皮下石灰化：[なし ・ あり]　粘膜潰瘍：[なし ・ あり]　皮膚潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状（その他）：（　　）
	眼	網膜血管病変：[なし ・ あり] 眼症状（その他）：（　　）
	呼吸器・循環器	肺高血圧症：[なし ・ あり]　乾性咳嗽：[なし ・ あり]　呼吸困難（労作時）：[なし ・ あり] 心膜炎：[なし ・ あり]　心筋炎：[なし ・ あり]　心電図異常：[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状（その他）：（　　）
	消化器	消化管潰瘍：[なし ・ あり]　消化管穿孔：[なし ・ あり] 消化器症状（その他）：（　　）
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　精神症状：[なし ・ あり] 精神・神経症状（その他）：（　　）
	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　リンパ球：（　　）%　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　ヘマトクリット（Ht）：（　　）% 血小板数：（　　）×10⁴/μL　APTT：（　　）秒　D-dimer：（　　）μg/mL・未実施 FDP：（　　）μg/mL・未実施　AST：（　　）U/L　ALT：（　　）U/L　LDH：（　　）U/L BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　CK：これまでの最高値：（　　）U/L アルドラーゼ：これまでの最高値：（　　）U/L　血清IgG：（　　）mg/dL　KL-6：（　　）U/mL・未実施 赤沈（1時間値）：（　　）mm/h　CRP：（　　）mg/dL　C3：（　　）mg/dL　C4：（　　）mg/dL CH50：（　　）U/mL・未実施　抗核抗体：（　　）倍・未実施
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-A／Ro抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：（　　）倍・未実施　抗SS-B／La抗体：EIA法：（　　）U/mL・未実施 リウマトイド因子（定量）：（　　）IU/mL・未実施　抗Scl-70抗体：（　　）U/mL・未実施 抗セントロメア抗体：（　　）U/mL・未実施　抗Jo-1抗体：（　　）U/mL　抗ARS抗体スクリーニング：[陰性 ・ 陽性] 抗dsDNA抗体：（　　）IU/mL・未実施　抗Sm抗体：（　　）U/mL・未実施　抗RNP（U1-RNP）抗体：（　　）U/mL・未実施 自己抗体（その他）：（　　）
尿検査	細胞円柱：[なし ・ あり ・ 未実施]　血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 一日尿蛋白量：（　　）g/day・未実施　尿中蛋白量：（　　）mg/dL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

告示番号 10　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉　2/3

病理検査	筋生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 筋線維の変性及び細胞浸潤：[なし ・ あり]　皮膚生検：[未実施 ・ 実施]　皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]
	生検（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 所見：（　）
生理機能検査	筋電図検査：[未実施 ・ 実施]　筋電図筋原性変化：[なし ・ あり]
	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　拘束性障害：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　）
	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　DLco：（　）mL/min/mmHg
画像検査	CT検査（肺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 間質性陰影：[なし ・ あり]　胸水：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　）
	MRI検査（筋）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 所見：（　）
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：（　）
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]　ステロイドパルス療法：[なし ・ あり] クロロキン製剤：[なし ・ あり]　免疫調整薬：[なし ・ あり]　メトトレキサート：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり]　生物学的製剤：[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]
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。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 10　膠原病　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

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