



14 健疾第216号
平成14年11月 8日

各 郡 市 医 師 会 長 殿

福岡県保健福祉部長
(健康対策課疾病対策係)

福岡県特定疾患治療研究事業における事務の取り扱いについて

本県の保健福祉行政の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、このたび標記の事務取り扱いにつきまして、事業のより円滑な運営のため別紙のとおり変更いたしますのでお知らせします。

つきましては、下記事項について、各医療機関へお知らせいただきますとともに貴職からも御指導をよろしくお願いいたします。

記

- | | |
|---------------------|-----------|
| 1. 変更内容 | 別紙のとおり |
| 2. 各窓口受付における取り扱い開始日 | 平成15年2月1日 |

1. 「医師の意見書」の添付必須疾患の追加について

一部の疾患につきましては審査を円滑に行うため「医師の意見書」の添付を必須としてますが、以下のとおり対象疾患を追加します。

意見書提出必須疾患

1	ベーチェット病	
4	全身性エリテマトーデス	(今回追加)
6	再生不良性貧血	
10	特発性血小板減少性紫斑病	(今回追加)
12	潰瘍性大腸炎	
17	クローン病	
19	悪性関節リウマチ	(今回追加)
26	特発性拡張型（うっ血型）心筋症	(今回追加)
34	混合性結合組織病	(今回追加)

意見書提出任意疾患

11	結節性動脈周囲炎
----	----------

※病理組織学的検査を施行している場合、中・小動脈フィブリノイド壊死性血管炎以外の所見についても記載する。（検査結果のコピー等の添付）

提出は任意。

2. 移行期間について

平成15年3月審査会分（各受付窓口で2月1日以降受付分）より添付必須とします。「医師の意見書」の提出がない場合は審査ができません。

3. 様式について

注意書きのないものを使用		注意書きのあるものを使用	
1	ベーチェット病	10	特発性血小板減少性紫斑病
4	全身性エリテマトーデス	11	結節性動脈周囲炎
6	再生不良性貧血	12	潰瘍性大腸炎
17	クローン病	26	特発性拡張型（うっ血型）心筋症
19	悪性関節リウマチ	※別添の様式を使用してください	
34	混合性結合組織病		

4. その他

「医師の意見書」に主治医に記載していただく内容について

「医師の意見書」は「臨床調査個人票」の補足ですので、個人票の記入項目にないが特に追記したいことや、患者の症状、治療の状況（投薬）・経過などを記載します。

医師の意見書

患 者 氏 名			
性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日
病 名			
平成 年 月 日		医師の氏名 _____ 電 話 _____	

医師の意見書

患者氏名			
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
病名	特発性血小板減少性紫斑病		
1. 脾臓の摘出手術の有無についてお知らせ下さい。 1. あり 2. なし 2. ステロイドで加療中かどうかについてお知らせ下さい。 1. 加療中 2. なし			
平成 年 月 日 医師の氏名 _____ 電 話 _____			

医師の意見書

患者氏名			
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
病名	結節性動脈周囲炎		
病理組織学的検査を施行の場合は、中・小動脈フィブリノイド壊死性血管炎以外の所見についてもお知らせ下さい。(検査結果のコピーを添付いただけると幸いです。)			
平成 年 月 日		医師の氏名 電 話 	

医師の意見書

患者氏名			
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
病名	潰瘍性大腸炎		
以下の年で、血便が1週間以上あった年に、○をつけて下さい。 1.平成11年 2.平成12年 3.平成13年 4.平成14年 5.平成15年			
平成 年 月 日 医師の氏名 _____ 電 話 _____			

医師の意見書

患者氏名			
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
病名	特発性拡張型（うっ血型）心筋症		
1. 数値を御記入下さい。 左室駆出率 （ ） % 2. 壁運動低下について、該当するものに○をつけてください。 1. 全周性 2. 局所 3. なし			
平成 年 月 日 医師の氏名 _____ 電 話 _____			