

病名	4 シェーグレン (Sjogren) 症候群			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

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	年 月 日	年 月 日	肥満度 %

発病時期	年 月 頃	初診日	年 月 日
------	-------	-----	-------

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 ()
---------	--

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

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

症状	全身	発熱: [なし ・ あり] 全身倦怠感: [なし ・ あり] 摂食時よく水を飲む: [なし ・ あり] 朝のこわばり: [なし ・ あり] 全身の疼痛: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり] 溶血性貧血: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()
	皮膚・粘膜	レイノー現象: [なし ・ あり] 鼻の乾燥: [なし ・ あり] 環状紅斑: [なし ・ あり] う歯の増加: [なし ・ あり] 口腔の痛み: [なし ・ あり] 口渇: [なし ・ あり] 口臭: [なし ・ あり] 血小板減少性紫斑: [なし ・ あり] 高γグロブリン性紫斑: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()
	唾液腺	耳下腺腫脹の反復: [なし ・ あり] 顎下腺腫脹の反復: [なし ・ あり] ラヌラ: [なし ・ あり] 唾液腺症状 (その他): ()
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 乾燥性角結膜炎: [なし ・ あり] 繰り返す眼の充血: [なし ・ あり] 目のかゆみ: [なし ・ あり] 眼の異物感: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()
	腎・泌尿器	間質性腎炎: [なし ・ あり]
	内分泌・代謝	甲状腺腫: [なし ・ あり]
	精神・神経	無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]
	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: [なし ・ あり] 全身倦怠感: [なし ・ あり] 摂食時よく水を飲む: [なし ・ あり] 朝のこわばり: [なし ・ あり] 全身の疼痛: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり] 溶血性貧血: [なし ・ あり] 全身症状 (その他): ()
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 関節痛: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()
	皮膚・粘膜	レイノー現象: [なし ・ あり] 鼻の乾燥: [なし ・ あり] 環状紅斑: [なし ・ あり] う歯の増加: [なし ・ あり] 口腔の痛み: [なし ・ あり] 口渇: [なし ・ あり] 口臭: [なし ・ あり] 血小板減少性紫斑: [なし ・ あり] 高γグロブリン性紫斑: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()
	唾液腺	耳下腺腫脹の反復: [なし ・ あり] 顎下腺腫脹の反復: [なし ・ あり] ラヌラ: [なし ・ あり] 唾液腺症状 (その他): ()
	眼	ぶどう膜炎: [なし ・ あり] 乾燥性角結膜炎: [なし ・ あり] 繰り返す眼の充血: [なし ・ あり] 目のかゆみ: [なし ・ あり] 眼の異物感: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()
	腎・泌尿器	間質性腎炎: [なし ・ あり]
	内分泌・代謝	甲状腺腫: [なし ・ あり]
	精神・神経	無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]
	その他	症状 (その他): ()

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	白血球数: ()/μL リンパ球: ()% 網赤血球: ()% ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL AST: ()U/L ALT: ()U/L LDH: ()U/L 血清アミラーゼ: ()U/L 血清アミラーゼアイソザイム (膵由来): ()%・未実施 血清アミラーゼアイソザイム (唾液腺由来): ()%・未実施 BUN: ()mg/dL 血清クレアチニン: ()mg/dL 血清IgG: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL 赤沈 (1時間値): ()mm/h CRP: ()mg/dL	
	抗核抗体: ()倍・未実施 染色型: [均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他] 染色型 (その他): ()	
	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 血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施 自己抗体 (その他): ()	
	ムンプスIgG (EIA): ()・未実施 ムンプスIgM (EIA): ()・未実施	
	HBs抗原: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBe抗原: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBc抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBe抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBs抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]	
	HCV抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HTLV-1抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HIV抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]	
	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 尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
		シルマーテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日: (年 月 日) シルマーテスト (右眼): ()mm/5分 シルマーテスト (左眼): ()mm/5分
唾液腺・涙腺分泌検査	ローゼンガルテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日: (年 月 日) van Bijsterveldスコア (右眼): ()点 van Bijsterveldスコア (左眼): ()点	
	蛍光色素試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 蛍光色素試験 (右): [陰性 ・ 陽性] 蛍光色素試験 (左): [陰性 ・ 陽性]	
	ACR/SICCAスコア: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) ACR/SICCAスコア (右): ()点 ACR/SICCAスコア (左): ()点	
	唾液自然分泌量: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 唾液自然分泌量 (結果): ()mL/15分	
	サクソントテスト: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) サクソントテスト (結果): ()g/2分	
	ガムテスト: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) ガムテスト (結果): ()mL/10分	
	病理検査	皮膚生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 皮膚筋炎に合致する所見: [なし ・ あり] その他所見: ()
		口唇・小唾液腺生検: [未実施 ・ 細胞浸潤なし ・ 細胞浸潤あり] 実施日: (年 月 日) 細胞浸潤の程度: [1 focus 未満/4mm ² ・ 1 focus以上/4mm ²] フォーカススコア: ()
生検 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
画像検査	シアログラフィ (耳下腺): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) Rubin-Holt分類 Stage: [0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] 方法: [X線 ・ MRI]	
	シンチグラフィ (唾液腺): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 取り込み低下: [なし ・ あり] 酸刺激での分泌低下: [なし ・ あり] 所見 (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: ()% 網赤血球: ()% ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL AST: ()U/L ALT: ()U/L LDH: ()U/L 血清アミラーゼ: ()U/L 血清アミラーゼアイソザイム (膵由来): ()%・未実施 血清アミラーゼアイソザイム (唾液腺由来): ()%・未実施 BUN: ()mg/dL 血清クレアチニン: ()mg/dL 血清IgG: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL 赤沈 (1時間値): ()mm/h CRP: ()mg/dL	
	抗核抗体: ()倍・未実施 染色型: [均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他] 染色型 (その他): ()	
	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 血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施 自己抗体 (その他): ()	
	ムンプスIgG (EIA): ()・未実施 ムンプスIgM (EIA): ()・未実施	
	HBs抗原: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBe抗原: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBc抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBe抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBs抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]	
	HCV抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HTLV-1抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HIV抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]	
	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 尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
		シルマーテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日: (年 月 日) シルマーテスト (右眼): ()mm/5分 シルマーテスト (左眼): ()mm/5分
唾液腺・涙腺分泌検査	ローゼンガルテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日: (年 月 日) van Bijsterveldスコア (右眼): ()点 van Bijsterveldスコア (左眼): ()点	
	蛍光色素試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 蛍光色素試験 (右): [陰性 ・ 陽性] 蛍光色素試験 (左): [陰性 ・ 陽性]	

唾液腺・ 涙腺分泌検査	ローゼンガルテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]	実施日: (年 月 日)	
	van Bijsterveldスコア (右眼): () 点	van Bijsterveldスコア (左眼): () 点	
	蛍光色素試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	蛍光色素試験 (右): [陰性 ・ 陽性]	蛍光色素試験 (左): [陰性 ・ 陽性]	
	ACR/SICCAスコア: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	ACR/SICCAスコア (右): () 点	ACR/SICCAスコア (左): () 点	
	唾液自然分泌量: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	唾液自然分泌量 (結果): () mL/15分
	サクソテスト: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	サクソテスト (結果): () g/2分
	ガムテスト: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	ガムテスト (結果): () mL/10分

病理検査	皮膚生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	皮膚筋炎に合致する所見: [なし ・ あり]
	その他所見: ()		
	口唇・小唾液腺生検: [未実施 ・ 細胞浸潤なし ・ 細胞浸潤あり]	実施日: (年 月 日)	
	細胞浸潤の程度: [1 focus 未満/4mm ² ・ 1 focus以上/4mm ²]	フォーカススコア: ()	
	生検 (その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	部位: ()
	所見: ()		

画像検査	シアログラフィ (耳下腺): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	Rubin-Holt分類 Stage: [0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4]	方法: [X線 ・ MRI]	
	シンチグラフィ (唾液腺): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	部位: ()
	取り込み低下: [なし ・ あり]	酸刺激での分泌低下: [なし ・ あり]	
	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	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]	免疫調整薬: [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]
	人工唾液: [なし ・ あり]		
	唾液分泌促進薬: セビメリン: [なし ・ あり]	ピロカルピン: [なし ・ あり]	プロムヘキシシ: [なし ・ あり]
	漢方薬: [なし ・ あり]		
	点眼薬: ヒアルロン酸: [なし ・ あり]	ジクアスホル: [なし ・ あり]	レバミピド: [なし ・ あり]
	人工涙液: [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

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

医療機関住所 _____

診療科 _____

医師名 _____ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)