

告示番号		7		膠原病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/3		
病名	4 シェーグレン (Sjogren) 症候群			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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 ( - ) 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		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 )							
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 ] ラムラ: [ 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 (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 <sup>4</sup> /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ンザイム (膵由来): ( )%・未実施 血清アミラーゼアインザイム (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 ] HBe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 ]						

告示番号 **7** 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**

唾液腺・ 涙腺分泌検査	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
	ローズベンガルテスト: [ 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/4mm2 ・ 1 focus以上/4mm2 ]	
	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 )	取り込み低下: [ なし ・ あり ]	
	酸刺激での分泌低下: [ なし ・ あり ]	部位: ( )		
	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 ]	プロムヘキシシン: [ なし ・ あり ]	
	漢方薬: [ なし ・ あり ]			
	点眼薬: ヒアルロン酸: [ なし ・ あり ]	ジグアスホル: [ 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	
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
医療機関所在地	診断年月日		年	月
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