

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 → ( )				
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		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			する ・ しない ・ 不明			
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 (申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L リンパ球: ( ) % 網赤血球: ( ) % ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL 血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L 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 ] 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 ]									

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 ]

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 ]

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 ]

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 ( )		