告表	示番号 2	5 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 1/	/3						
病名	14 混	合性結合組織病							
	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 ()						
	PNIXIBTE	資格取得年月日 年 月 日							
氏名		(セイメイ) 以前の登録氏名 (セイメイ) (かな) (かな)							
		(姓名) (変更のある場合) (姓名)							
	住所	郵便番号 (一) 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 年 月頃 記載時の年齢 満 歳 か月 日							
>€/III II JAJ		cm (SD) kg (SD) RMI							
j	現在の 身長・体重	身長 (測定日) 年月日 日 (期定日) 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							
		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	归 ——						
		※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							
車	最終受診日	(年 月 日)							
診断	中核的所見	レイノー現象: [なし ・ あり]							
	臨床および 検査所見	手指の腫脹・浮腫:[なし ・ あり] 顔面紅斑:[なし ・ あり] 関節炎:[なし ・ あり] 関節痛:[なし ・ あり] 筋炎所見(筋原酵素上昇、筋電図所見、生検所見のいずれか):[なし ・ あり] 高ガンマグロブリン血症(血清分画の20%以上):[なし ・ あり] リウマトイド因子:[陰性 ・ 陽性] 白血球数減少(<4000/μL)または血小板数減少(<100,000/μL未満):[なし ・ あり]							
	他の疾患との鑑別) 全身性エリテマトーデス:[満たさない ・ 満たす] 強皮症:[満たさない ・ 満たす] 皮膚筋炎/多発性筋炎:[満たさない ・ 満たす] 若年性特発性関節炎:[満たさない ・ 満たす]							
	全身	リンパ節腫脹:[なし ・ あり]							
	筋・骨格	多発関節炎: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()						
	皮膚・粘膜	手指または手背の腫脹: [なし ・ あり] 顔面紅斑: [なし ・ あり] 近位部の皮膚硬化: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()						
症状	呼吸器・ 循環器	胸膜炎:[なし ・ あり] 間質性肺炎:[なし ・ あり] 肺高血圧症:[なし ・ あり] 心膜炎:[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状(その他):()						
	消化器	食道蠕動低下または拡張:[なし · あり] 消化器症状 (その他):()						
	精神・神経	中枢神経症状:[なし ・ あり] 精神・神経症状 (その他):()						
	その他	症状 (その他): ()						
臨床	所見 (申請時)	※直近の状況を記載							
	全身	リンパ節腫脹:[なし ・ あり]							
	筋・骨格	多発関節炎: [なし ・ あり] 筋力低下: [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他): ()						
	皮膚・粘膜	手指または手背の腫脹:[なし ・ あり] 顔面紅斑:[なし ・ あり] 近位部の皮膚硬化:[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状(その他):()						
症状	呼吸器• 循環器	胸膜炎:[なし ・ あり] 間質性肺炎:[なし ・ あり] 肺高血圧症:[なし ・ あり] 心膜炎:[なし ・ あり] 循環器・呼吸器症状(その他):()						
	消化器	食道蠕動低下または拡張:[なし ・ あり] 消化器症状 (その他):()						
	精神・神経	中枢神経症状:[なし ・ あり] 精神・神経症状(その他):()						

その他

症状 (その他):(

)

告示番号 2	5 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/3
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	査結果を記載	
	CK:これまでの最高値:()U/L 血清 IgG:()mg/dL	アルドラーゼ:これまでの最高値:()U/L 赤沈(1時間値):()mm/h CRP:()mg/dL	
血液検査	抗核抗体:()倍・未実施 染色型 (その他):(染色型:[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他])
		・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 抗Sm抗体:()U/mL・未実施 抗RNP(U1-RNP)抗体:()U/mL・未実施	実施)
尿検査	細胞円柱: [なし ・ あり ・ 未実施] 尿中蛋白量: () mg/dL	血尿:[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] ―――――――――――――――――――――――――――――――――――	
	腎生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (INS / RPS分類 (Class): [I ・ II ・ II	年 月 日) ・N・V・V+II・V+II・V+N・NI]	
病理検査	生検 (その他): [未実施 ・ 実施] 部位: (所見: (実施日: (年月日))
生理機能検査	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またはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 部位: (所見: (実施日:(年 月 日))
検査所見(申請時)	※直近の状況を記載		
	CK:これまでの最高値:()U/L 血清 IgG:()mg/dL	アルドラーゼ: これまでの最高値: ()U/L 赤沈 (1時間値): ()mm/h CRP: ()mg/dL	
血液検査	抗核抗体:()倍・未実施 染色型 (その他):(染色型:[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ・ その他])
		・・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 抗Sm抗体:()U/mL・未実施 抗RNP(U1-RNP)抗体:()U/mL・未実施	実施)
尿検査	細胞円柱: [なし ・ あり ・ 未実施] 尿中蛋白量: () mg/dL	血尿:[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] ―――――――――――――――――――――――――――――――――――	
	腎生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (INS / RPS分類 (Class): [I ・ II ・ II	年 月 日) ・N・V・V+II・V+II・V+N・N]	
病理検査	生検 (その他): [未実施 ・ 実施] 部位: (所見: (実施日:(年 月 日))
生理機能検査	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またはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 部位: (所見: (実施日:(年 月 日))
その他の所見(申詞	- 清時) ※直近の状況を記載		
合併症	逆流性食道炎:[なし ・ あり] 合併症 (その他):()
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] 免疫抑制薬: [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] 循環改善薬:[なし ・ あり]	
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 治療見込み期間(外来) 開始日:(年		3
		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) ・	
就学・就労状況	高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ その他 (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 ・)

党 給者番号()	患者比名()			2025a-001
告示番号 25	膠原病	()年度	小児慢性特定疾病 医療意見書	〈新規申請用〉		3/3
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名 医療機関所在地 電話番号				記載年月日診断年月日	年 年	月 日 日	
				診療科 医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

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 · 一般所得 I · 一般所得 I · 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 日			

[・]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。