

告示番号		24		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								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
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)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
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	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	治療 ・ 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 (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													
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]				抗RNP (U1-RNP) 抗体: [陰性 ・ 陽性]							
	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]			
	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未滿): [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]								
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]			
症状	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	手指または手の背の腫脹: [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): ()			
	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]											
	精神・神経	中枢神経症状: [なし ・ あり]											
	その他	精神・神経症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	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	手指または手の背の腫脹: [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): ()			
	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]											
	精神・神経	中枢神経症状: [なし ・ あり]											
	その他	精神・神経症状 (その他): ()											

告示番号 24 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結果を記載		
血液検査	CK: これまでの最高値: () U/L アルドラーゼ: これまでの最高値: () U/L 血清IgG: () 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]	
	リウマトイド因子 (定量): () IU/mL・未実施 抗Scl-70抗体: () U/mL・未実施 抗セントロメア抗体: () U/mL・未実施 抗dsDNA抗体: () IU/mL・未実施 抗Sm抗体: () U/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体: () U/mL・未実施 筋炎特異的抗体 (その他): ()	
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	
病理検査	腎生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) INS/RPS分類 (Class): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI]	
	生検 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
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] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査	CK: これまでの最高値: () U/L アルドラーゼ: これまでの最高値: () U/L 血清IgG: () 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]	
	リウマトイド因子 (定量): () IU/mL・未実施 抗Scl-70抗体: () U/mL・未実施 抗セントロメア抗体: () U/mL・未実施 抗dsDNA抗体: () IU/mL・未実施 抗Sm抗体: () U/mL・未実施 抗RNP (U1-RNP) 抗体: () U/mL・未実施 筋炎特異的抗体 (その他): ()	
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	
病理検査	腎生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) INS/RPS分類 (Class): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ V+II ・ V+III ・ V+IV ・ VI]	
	生検 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
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] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
その他の所見 (申請時) ※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] ステロイド薬: [なし ・ あり] ステロイドパルス療法: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [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 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 ()	

告示番号	24	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				記載年月日	年	月	日
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
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