

病名	14 混合性結合組織病										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			肥満度	%	
		年 月 日		年 月 日									
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 (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													
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] 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]											
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] 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													
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] 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): ()											

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 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
	抗核抗体: () 倍・未実施 染色型 (その他): ()		
	リウマトイド因子 (定量): () IU/mL・未実施 抗dsDNA抗体: () IU/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 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
	抗核抗体: () 倍・未実施 染色型 (その他): ()		
	リウマトイド因子 (定量): () IU/mL・未実施 抗dsDNA抗体: () IU/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] 免疫抑制薬: [なし ・ あり]	ステロイド薬: [なし ・ あり] 循環改善薬: [なし ・ あり]	ステロイドパルス療法: [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	

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 ()	