

告示番号		24		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2					
病名	14 混合性結合組織病								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							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)										
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		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	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]									
	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]						
	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]						
	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	症状 (その他): ()															
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: () IU/mL ・ 未実施			抗セントロメア抗体: () IU/mL ・ 未実施			抗dsDNA抗体: () IU/mL ・ 未実施			抗Sm抗体: () IU/mL ・ 未実施			抗RNP (U1-RNP) 抗体: () IU/mL ・ 未実施	
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]																
生理機能検査	生検 (その他): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)													
	部位: ()			所見: ()													
画像検査	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: () mL/min/mmHg																
	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)																
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	部位: ()																
	所見: ()																
合併症	逆流性食道炎: [なし ・ あり]																
	合併症 (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 (継続申請用) 2/2	
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
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()