

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 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	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:()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):()												

