

告示番号		25		膠原病		平成（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書		
受給者番号（ ）				新規登録 ・ 継続 ・ 転入（ 転出地： ）				
患者		ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日（満 歳）		
出生都道府県※1				出生体重		g	出生週数 在胎 週	
現在の身長※2		. cm		現在の体重※2		. kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日	
発病		年 月 頃		初診日		年 月 日		
大分類病名		4 皮膚・結合組織疾患		細分類病名		14 混合性結合組織病		

該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載

1.臨床所見			
診 断 時 の 症 状	I 中核的所見 レイノー現象（ なし ・ あり ） 抗U1-RNP抗体陽性（ なし ・ あり ）		
	II 臨床症状および検査所見 手指の腫脹・浮腫（ なし ・ あり ） 顔面紅斑（ なし ・ あり ） 関節痛・関節炎（ なし ・ あり ） 筋炎※（ア）（ なし ・ あり ） 高γグロブリン血症※（イ）（ なし ・ あり ） リウマトイド因子陽性（ なし ・ あり ） 白血球数・血小板数減少※（ウ）（ なし ・ あり ）		
	※（ア）筋原性酵素上昇、筋電図所見、生検所見 ※（イ）血清分画の20%以上 ※（ウ）白血球数 4000/μL未満、血小板数 100,000/μL未満		
	他の診断基準の満足度 SLE（ なし ・ あり ・ 不明 ） 強皮症（ なし ・ あり ・ 不明 ） 皮膚筋炎・多発筋炎（ なし ・ あり ・ 不明 ） 若年性特発性関節炎（ なし ・ あり ・ 不明 ）		
	継続申請の場合は現在の状態を記載 皮膚硬化（ なし ・ あり → 顔面紅斑 ・ 手指ないし手背の腫脹 ・ 近位部の皮膚硬化 ・ その他（ ）） 筋骨格症状（ なし ・ あり → 筋力低下 ・ 多発関節炎 ・ その他（ ）） 心・循環器症状（ なし ・ あり → 心膜炎（心嚢炎） ・ その他（ ）） 呼吸器症状（ なし ・ あり → 間質性肺炎 ・ 胸膜炎 ・ 肺拡散能低下（DLco70%以下） ・ その他（ ）） 消化器症状（ なし ・ あり → 食道蠕動低下又は拡張 ・ その他（ ）） 精神・神経症状（ なし ・ あり → 中枢神経症状 ・ その他（ ）） 血液系症状（ なし ・ あり → リンパ節腫脹 ・ その他（ ）） 主要臓器障害（ 逆流性食道炎 ・ その他（ ） ）		
	2.検査所見		
	診 断 時 の 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載 赤沈（ ） mm/h CRP（ ） mg/dL IgG（ ） mg/dL CK（ 正 ・ 増 → 最高値（ ） IU/L ） アルドラーゼ（ 正 ・ 増 → 最高値（ ） IU/L ） 抗核抗体（ 未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → （ ） 倍、染色型（ ）） 抗dsDNA抗体（ 未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 ） 抗Sm抗体（ 未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 ） 抗Scl-70抗体（ 未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 ） 抗セントロメア抗体（ 未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 ） 筋炎特異抗体（ 未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 → 詳細：（ ）） 尿異常（ なし ・ あり → 血尿 ・ 蛋白尿（ ） g/day 又は（ ） mg/dL ・ 細胞円柱（ ）） MRI・CT検査（ 未実施 ・ 所見なし ・ 所見あり → 部位（ ） 、詳細（ ）） 組織所見（ 未実施 ・ 実施 → 部位（ ） 、所見（ ）） 腎生検（ 未実施 ・ 実施 → INS/RPS分類：（ ））	
		3.その他の所見	
		その他の現在の所見など 合併症（ なし ・ あり → 詳細：（ ））	
		4.経 過	
現在の治療 薬物療法など（ なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ ステロイドパルス療法 ・ 免疫抑制薬 ・ 循環改善薬 ・ その他（ ））			
過去の主な治療・検査など			
5.今後の療の方針			
就学・就労		1. 就学前 2. 小中学校（通常学級・通級・特別支援学級） 3. 特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部） 4. 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 5. 大学（短期大学を含む） 6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労 8. その他（ ）	
現状評価		一つに○印： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明	
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで		
	通院 年 月 日 から 年 月 日 まで（ 月 回 ）		
上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。 医療機関名 および 所在地 平成 年 月 日 医師名 科 印 小児慢性特定疾病指定医番号			

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入