

告示番号		25		膠原病		(		)		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2							
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			
				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)：(																	

受給者番号（		患者氏名（			
告示番号	25	膠原病（	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
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）：（）		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dsDNA抗体：（）IU/mL・未実施 筋炎特異的抗体（その他）：（）		抗Scl-70抗体：（）U/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RNP（U1-RNP）抗体：（）U/mL・未実施		
尿検査	細胞円柱：[ なし ・ あり ・ 未実施 ] 尿中蛋白量：（）mg/dL		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		
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 ] 部位：（） 所見：（）		実施日：（ 年 月 日 ）		
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 ] 部位：（） 所見：（）		実施日：（ 年 月 日 ）		
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）：（）		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dsDNA抗体：（）IU/mL・未実施 筋炎特異的抗体（その他）：（）		抗Scl-70抗体：（）U/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RNP（U1-RNP）抗体：（）U/mL・未実施		
尿検査	細胞円柱：[ なし ・ あり ・ 未実施 ] 尿中蛋白量：（）mg/dL		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		
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 ] 部位：（） 所見：（）		実施日：（ 年 月 日 ）		
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 ] 部位：（） 所見：（）		実施日：（ 年 月 日 ）		
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（		）	