

告示番号		7		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		4 シェーグレン (Sjogren) 症候群								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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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	発熱：[なし ・ あり] 全身倦怠感：[なし ・ あり] 摂食時よく水を飲む：[なし ・ あり] 朝のこわばり：[なし ・ あり] 全身の疼痛：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 溶血性貧血：[なし ・ あり] 全身症状 (その他)：()											
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()											
	皮膚・粘膜	レイノー現象：[なし ・ あり] 鼻の乾燥：[なし ・ あり] 環状紅斑：[なし ・ あり] 口瘡の痛み：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり] 口臭：[なし ・ あり] 高γグロブリン性紫斑：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()											
	唾液腺	耳下腺腫脹の反復：[なし ・ あり] 顎下腺腫脹の反復：[なし ・ あり] ラヌラ：[なし ・ あり] 唾液腺症状 (その他)：()											
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 乾燥性角結膜炎：[なし ・ あり] 繰り返す眼の充血：[なし ・ あり] 目のかゆみ：[なし ・ あり] 眼の異物感：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()											
	腎・泌尿器	間質性腎炎：[なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	甲状腺腫：[なし ・ あり]											
	精神・神経	無菌性髄膜炎：[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	白血球数：()/μL リンパ球：()% 網赤血球：()% ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L 血清アミラーゼ：()U/L 血清アミラーゼアイソザイム (膵由来)：()%・未実施 血清アミラーゼアイソザイム (唾液腺由来)：()%・未実施 BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 血清IgG：()mg/dL IgG4：()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] 染色型 (その他)：()												
	抗SS-A／Ro抗体：オクタロニー法：()倍・未実施 抗SS-A／Ro抗体：EIA法：()U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクタロニー法：()倍・未実施 抗SS-B／La抗体：EIA法：()U/mL・未実施 リウマトイド因子 (定量)：()IU/mL・未実施 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 自己抗体 (その他)：()												
	ムンプスIgG (EIA)：()・未実施 ムンプスIgM (EIA)：()・未実施												
	HBs抗原：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBe抗原：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBe抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBe抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HBs抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]												
	HCV抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HTLV-1抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] HIV抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]												
	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 尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]												

受給者番号（		患者氏名（		）	
告示番号	7	膠原病	（	）	年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉
唾液腺・ 涙腺分泌検査	シルマーテスト：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		実施日：(年 月 日)		
	シルマーテスト（右眼）：()mm/5分		シルマーテスト（左眼）：()mm/5分		
	ローズベンガルテスト：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		実施日：(年 月 日)		
	van Bijsterveldスコア（右眼）：()点		van Bijsterveldスコア（左眼）：()点		
	蛍光色素試験：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		
	蛍光色素試験（右）：[陰性 ・ 陽性]		蛍光色素試験（左）：[陰性 ・ 陽性]		
	ACR／SICCAスコア：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		
ACR／SICCAスコア（右）：()点		ACR／SICCAスコア（左）：()点			
唾液自然分泌量：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		唾液自然分泌量（結果）：()mL/15分	
サクソンテスト：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		サクソンテスト（結果）：()g/2分	
ガムテスト：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		ガムテスト（結果）：()mL/10分	
病理検査	皮膚生検：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		皮膚筋炎に合致する所見：[なし ・ あり]
	その他所見：()				
	口唇・小唾液腺生検：[未実施 ・ 細胞浸潤なし ・ 細胞浸潤あり]		実施日：(年 月 日)		
	細胞浸潤の程度：[1 focus 未満/4mm2 ・ 1 focus以上/4mm2]		フォーカススコア：()		
生検（その他）：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)			
部位：()					
所見：()					
画像検査	シアログラフィ（耳下腺）：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		
	Rubin-Holt分類 Stage：[0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4]		方法：[X線 ・ MRI]		
	シンチグラフィ（唾液腺）：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		
取り込み低下：[なし ・ あり]		酸刺激での分泌低下：[なし ・ あり]			
部位：()					
所見（その他）：()					
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載					
合併症	合併症：[なし ・ あり]				
	詳細：()				
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]		免疫調整薬：[なし ・ あり]
	免疫抑制薬：[なし ・ あり]		生物学的製剤：[なし ・ あり]		抗凝固薬：[なし ・ あり]
	強心薬：[なし ・ あり]		利尿薬：[なし ・ あり]		免疫グロブリン療法：[なし ・ あり]
	人工唾液：[なし ・ あり]				
唾液分泌促進薬：セビメリン：[なし ・ あり]		ピロカルピン：[なし ・ あり]		プロムヘキシン：[なし ・ あり]	
漢方薬：[なし ・ あり]					
点眼薬：ヒアルロン酸：[なし ・ あり]		ジクアスホル：[なし ・ あり]		レバミピド：[なし ・ あり]	
人工涙液：[なし ・ あり]					
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施]		作業療法：[未実施 ・ 実施]		
血液浄化	血液浄化法：[未実施 ・ 実施]				
	詳細：()				
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 ()			