

告示番号		25		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 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		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 ] 筋・骨格症状 (その他)：( )											
	皮膚・粘膜	手指または手の背の腫脹：[ 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)：( )											
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 ] 染色型 (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)：( )												

受給者番号( ) 患者氏名( )

<b>告示番号</b>	<b>25</b>	<b>膠原病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉</b>	<b>2/2</b>
<b>経過（申請時） ※直近の状況を記載</b>						
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					
<b>医療機関・医師署名</b>						
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 (                          )				