

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)		1/3	
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 → ()				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日		性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎		週 日						
発症時期	年		月	頃		記載時の年齢		満		歳		か月 日	
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	%		
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	治療 ・ 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													
最終受診日	(年 月 日)												
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] う歯の増加: [なし ・ あり] 口腔の痛み: [なし ・ あり] 口渇: [なし ・ あり] 口臭: [なし ・ あり] 血小板減少性紫斑: [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] ラムラ: [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] 繰り返す目の充血: [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ンザイム (膵由来): ()%・未実施 血清アミラーゼアインザイム (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]												
	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		尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]										

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	
	サクソントテスト: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	サクソントテスト (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]	
	部位: ()	酸刺激での分泌低下: [なし ・ あり]		
	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]	ジグアスホル: [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)	通院頻度: ()回/月
	治療見込み期間 (外来)	開始日: (年 月 日)	終了日: (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 ()			
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
医療機関所在地	診断年月日		年	月
電話番号				
	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日