

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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													
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：オクトロニー法：()倍・未実施 抗SS-A／Ro抗体：EIA法：()U/mL・未実施 抗SS-B／La抗体：オクトロニー法：()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] HBc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]												

