

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〉		1/3			
病名		14 混合性結合組織病								受付種別		☐ 新規			
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)				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 (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															
最終受診日		(年 月 日)													
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)：()													

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

11

診断年月日

年

月

8

診療科

醫師名

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

目

8

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]

保險情報

保険者番号 () 被保険者記号 ()

被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日