

告示番号 24		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 → ()	
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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	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]		
	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]	
	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]	
	消化器	食道蠕動低下または拡張: [なし ・ あり]				
	精神・神経	中枢神経症状: [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	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]			
尿検査	リウマトイド因子 (定量): () IU/mL・未実施		抗Scl-70抗体: () IU/mL・未実施		抗セントロメア抗体: () IU/mL・未実施	
	抗dsDNA抗体: () IU/mL・未実施		抗Sm抗体: () IU/mL・未実施		抗RNP (U1-RNP) 抗体: () IU/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	
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]					
生理機能検査	生検 (その他): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
画像検査	部位: ()		所見: ()			
	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)			
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): ()					

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] 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
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 日
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
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