

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		☐ 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	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): ()											
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): ()											

