

052 混合性結合組織病

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

他疾患の診断

他診断基準の満足度	
全身性エリテマトーデス (SLE)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
強皮症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
皮膚筋炎／多発性筋炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
関節リウマチ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

A. 症状

全身症状		
発熱（混合性結合組織病による）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
皮膚症状		
顔面紅斑	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
レイノー現象	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
手指ないし手背の腫脹	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
手指に限局した皮膚硬化	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
近位部の皮膚硬化	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
皮膚血管炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
皮膚潰瘍・指端壊死	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
筋骨格症状		
筋炎	<input type="checkbox"/> 1. あり *1を選択の場合、以下に記入 <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	クレアチンキナーゼ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/L	
多発関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	種類 <input type="checkbox"/> 1. 非破壊性 <input type="checkbox"/> 2. 破壊性 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
関節背面の紅斑または 上眼瞼浮腫性紅斑	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
心・循環器症状		
心膜炎（心嚢炎）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
NYHA 分類 II 度以上の心不全	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
肺高血圧症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	推定肺動脈収縮期圧 (心臓超音波検査)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
	肺動脈平均圧 (右心カテーテル検査)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg

呼吸器症状		
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	急速進行性であるか	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
肺線維症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
胸膜炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
拘束性換気障害 (%VC=80%以下)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
肺拡散能低下 (%DLco=70%以下)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
消化器症状		
食道蠕動低下または拡張	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
逆流性食道炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
腸管機能不全	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 吸収不良症候群 <input type="checkbox"/> 2. 偽性腸閉塞
精神・神経症状		
中枢神経症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
無菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
血液系異常		
溶血性貧血	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
リンパ節腫脹	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
白血球減少	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	
血小板減少	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

尿検査	
持続性蛋白尿 (0.5g/日以上)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
細胞性円柱尿	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
血液検査	
抗 U1-RNP 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/mL
抗二本鎖 DNA 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/mL
血液検査 (新規)	
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L
	白血球減少症 (4000/ μ L 以下) <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
抗核抗体	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍
	型
抗 Sm 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明
抗トポイソメラーゼ I 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明
抗 Jo-1 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明
抗 CCP 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明
その他の自己抗体	

<診断のカテゴリー>

Definite : 以下の共通所見の1項目以上、免疫学的所見が陽性で混合所見の2項以上で1所見以上が陽性		<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
共通所見	<input type="checkbox"/> レイノー現象 <input type="checkbox"/> 手指ないし手背の腫脹		
免疫学的所見	<input type="checkbox"/> 抗U1-RNP抗体陽性		
混合所見	<input type="checkbox"/> 1. 全身性エリテマトーデス様所見 (1所見以上陽性) <input type="checkbox"/> 2. 強皮症様所見 (1所見以上陽性) <input type="checkbox"/> 3. 多発性筋炎様所見 (1所見以上陽性)		
*1を選択した場合	<input type="checkbox"/> 多関節炎 <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 顔面紅斑 <input type="checkbox"/> 心膜炎または胸膜炎 <input type="checkbox"/> 白血球減少または血小板減少		
*2を選択した場合	<input type="checkbox"/> 手指に限局した皮膚硬化 <input type="checkbox"/> 肺線維症、拘束性換気障害 (%VC=80%以下) または肺拡散能低下 (%DLco=70%以下) <input type="checkbox"/> 食道蠕動低下または拡張		
*3を選択した場合	<input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 筋原性酵素 (CK 等) 上昇 <input type="checkbox"/> 筋電図における筋原性異常所見		

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

■ 発症と経過

初発症状（新規）		
レイノー現象	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
関節痛	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
紅斑	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
発熱	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
その他の初発症状		
経過（更新）		
経過の状態	<input type="checkbox"/> 1. 軽快	<input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 徐々に悪化
	<input type="checkbox"/> 4. 急速に悪化	<input type="checkbox"/> 5. その他

■ 治療その他

薬物療法		
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	プレドニゾロン換算 最大量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 有効 <input type="checkbox"/> 2. 無効 <input type="checkbox"/> 3. 不明
ステロイドパルス療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 有効 <input type="checkbox"/> 2. 無効 <input type="checkbox"/> 3. 不明
免疫抑制薬	<input type="checkbox"/> 1. あり *1を選択の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	<input type="checkbox"/> シクロホスファミド	<input type="checkbox"/> アザチオプリン
	<input type="checkbox"/> ミコフェノール酸モフェチル	<input type="checkbox"/> メトトレキサート
	<input type="checkbox"/> タクロリムス	<input type="checkbox"/> シクロスポリン <input type="checkbox"/> ミゾリビン
	<input type="checkbox"/> ヒドロキシクロロキン	<input type="checkbox"/> その他の免疫抑制薬
	*シクロホスファミドの場合、以下より選択	
<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> パルス療法	
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 有効 <input type="checkbox"/> 2. 無効 <input type="checkbox"/> 3. 不明	

循環改善薬	<input type="checkbox"/> 1. あり *1を選択の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> プロサイクリン誘導体		
	<input type="checkbox"/> PDE5 阻害薬 <input type="checkbox"/> エンドセリン受容体拮抗薬		
	<input type="checkbox"/> その他の循環改善薬		
	*プロサイクリン誘導体を選択の場合、以下より選択		
	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注		
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 有効 <input type="checkbox"/> 2. 無効 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
抗リウマチ薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 有効 <input type="checkbox"/> 2. 無効 <input type="checkbox"/> 3. 不明	

■ 重症度分類に関する事項

混合性結合組織病の障害臓器別の重症度分類		<input type="checkbox"/> 1. 重症 <input type="checkbox"/> 2. 中等症 <input type="checkbox"/> 3. 軽症		
該当する項目にチェック（原疾患によるものに限る）				
軽症	<input type="checkbox"/> レイノー症状 <input type="checkbox"/> 手指ないし手背の腫脹 <input type="checkbox"/> 紅斑 <input type="checkbox"/> 手指に局限する皮膚硬化 <input type="checkbox"/> 非破壊性関節炎			
中等症	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 食道運動機能障害 <input type="checkbox"/> 漿膜炎 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 皮膚血管炎 <input type="checkbox"/> 皮膚潰瘍 <input type="checkbox"/> 手指末端部壊死 <input type="checkbox"/> 肺線維症 <input type="checkbox"/> 末梢神経炎 <input type="checkbox"/> 骨破壊性関節炎			
重症	<input type="checkbox"/> 中枢神経症状 <input type="checkbox"/> 無菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> 肺高血圧症 <input type="checkbox"/> 急速進行性間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 進行した肺線維症 <input type="checkbox"/> 重度の血小板減少症 <input type="checkbox"/> 溶血性貧血 <input type="checkbox"/> 腸管機能不全			

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/>
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助
		<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助
		<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能
着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。