

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	
手指に局限した皮膚硬化	<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"/> / 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"/> $\times 10^4$ / 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"/> 手指に局限した皮膚硬化 <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"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
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
診断年月日	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。
- 診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- 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。