

臨床調査個人票 認定 不認定

052. 混合性結合組織病
(更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。
 ※診断基準、重症度分類については、「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。

■基本情報

| | | | |
|------------|-------|-----------|--------------|
| 氏名および受給者番号 | | 受給者番号 () | |
| 姓(漢字) | 名(漢字) | 姓(かな) | 名(かな) |
| 住所 | | | |
| 郵便番号 | | 住所 | |
| 生年月日等 | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 | 性別 1. 男 2. 女 |

■重症度分類に関する事項

| | |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| ※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。 | |
| MCTDの障害臓器別の重症度分類で中等症以上 | 左記の重症度を 1. 満たす 2. 満たさない (*軽症者へ) |

(*軽症者) 審査の結果、「重症度を満たさない」と判定された場合は、更新申請手続きを行う月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上あることを確認できる「自己負担上限額管理票」等の提出を行わないと、医療費助成は継続されません。

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|
| MCTDの障害臓器別の重症度分類 | | |
| 以下の各項目で該当するものにチェック☑ | | |
| ☐軽症 | <input type="checkbox"/> レイノー現象 | 寒冷刺激による血管攣縮により手指の色調変化。時に難治性 |
| | <input type="checkbox"/> 手指ないし手背の腫脹 | MCTDの診断上重要だが臨床的に問題となることはない |
| | <input type="checkbox"/> 紅斑 | 顔面、手掌などに多い |
| | <input type="checkbox"/> 手指に局限する皮膚硬化 | 軽度にとどまるが、手指の屈曲拘縮をきたしうる |
| | <input type="checkbox"/> 非破壊性関節炎 | 関節破壊は通常ないが時に見られる |
| ☐中等症 | <input type="checkbox"/> 発熱 | 疾患活動性の高い時に見られる |
| | <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 | 疾患活動性の高い時に見られる |
| | <input type="checkbox"/> 筋炎 | 筋力低下、筋痛、筋原性酵素上昇。時に重症例あり |
| | <input type="checkbox"/> 食道運動機能障害 | 逆流性食道炎、胸やけ、心裂部痛 |
| | <input type="checkbox"/> 漿膜炎 | 胸水、心嚢液貯留 |
| | <input type="checkbox"/> 腎障害 | 蛋白尿(ネフローゼ症候群、腎不全移行もまれではあるが見られる) |
| | <input type="checkbox"/> 皮膚血管炎 | 紫斑、爪床出血、皮膚梗塞 |
| | <input type="checkbox"/> 皮膚潰瘍、手指末端部壊死 | 重度の末梢循環障害による |
| ☐重症 | <input type="checkbox"/> 肺線維症 | 進行は緩徐であるが、比較的早く進行する側もある |
| | <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 | 三叉神経障害が多い |
| | <input type="checkbox"/> 骨破壊性関節炎 | 関節リウマチ様の関節破壊が時に見られる |
| | <input type="checkbox"/> 中枢神経症状 | 痙攣、品質性機能障害、精神病、脳血管障害(頻度はまれ) |
| | <input type="checkbox"/> 無菌性髄膜炎 | 頭痛、嘔気、嘔吐(NSAID誘発性に注意) |
| | <input type="checkbox"/> 肺高血圧症 (最も重要な予後規定因子) | 息切れ、動悸、胸骨後部痛 |
| | <input type="checkbox"/> 急速進行性間質性肺炎 | 急速に進行する呼吸困難、咳嗽 |
| | <input type="checkbox"/> 進行した肺線維症 | 動悸、息切れ、咳嗽 |
| | <input type="checkbox"/> 重度の血小板減少 | 出血傾向、紫斑 |
| | <input type="checkbox"/> 溶血性貧血 | 高度の貧血 |
| <input type="checkbox"/> 腸管機能不全 | 吸収不良症候群、偽性腸閉塞 | |

■発症と経過

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 発病時の状況 | | | | | | | | | | | | | |
| 発症年月 | 西暦 | 年 | 月 | | | | | | | | | | |
| 経過 | | | | | | | | | | | | | |
| 経過 | 1. 進行性 2. 進行後停止 3. 軽快 4. その他 () | | | | | | | | | | | | |
| 臨床所見 | | | | | | | | | | | | | |
| 肺高血圧症 | 1.あり 2.なし 3.不明 | 推定肺動脈収縮期圧(心臓超音波検査) 肺動脈平均圧(右心カテーテル検査) | mmHg mmHg | | | | | | | | | | |
| 間質性肺炎 | 1.あり 2.なし 3.不明 | 急速進行性であるか | 1.あり 2.なし 3.不明 | | | | | | | | | | |
| 食道蠕動低下 又は拡張 | 1.あり 2.なし 3.不明 | 腸管機能不全 | 1.あり 2.なし 3.不明 種類 1.吸収不良症候群 2.偽性腸閉塞 | | | | | | | | | | |
| 他診断基準の満足度 | | | | | | | | | | | | | |
| SLE | 1.あり 2.なし 3.不明 | 強皮症 | 1.あり 2.なし 3.不明 | | | | | | | | | | |
| 皮膚筋炎/多発性筋炎 | 1.あり 2.なし 3.不明 | 関節リウマチ | 1.あり 2.なし 3.不明 | | | | | | | | | | |
| 検査所見 | | | | | | | | | | | | | |
| 抗U1-RNP抗体 | 1.陽性 2.陰性 3.不明 | 抗Sm抗体 | 1.陽性 2.陰性 3.不明 | | | | | | | | | | |
| 抗Scl-70抗体 | 1.陽性 2.陰性 3.不明 | 抗Jo-1抗体 | 1.陽性 2.陰性 3.不明 | | | | | | | | | | |
| 抗DNA抗体 | 1.陽性 2.陰性 3.不明 | 抗核抗体 | 1.陽性 2.陰性 3.不明 | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | | | | | | |
| 人工呼吸器(使用者のみ詳細記入) ※本疾患により装着している者に限る | | | | | | | | | | | | | |
| 使用の有無 | 1.あり 2.なし | | | | | | | | | | | | |
| <以下有の場合> 開始時期 | 西暦 | 年 | 月 | | | | | | | | | | |
| 種類 | 1.気管切開口を介した人工呼吸器 2.鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器 | | | | | | | | | | | | |
| 施行状況 | 1.間欠的施行 2.夜間に継続的に施行 3.一日中施行 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 | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関所在地 | 医師の氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | _____ | | | | | | | | | | | | |
| | 記載年月日: 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。