

受給者番号 ()		新規 (新規診断、転入注)		継続、再開	
患者	ふりがな 氏 名		男 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
発病	平成 年 月 頃		初診日	平成 年 月 日	
疾患群	06 膠原病	疾 患 名	I C D ()		
該当するものに○を付け、必要な場合 () に記載する。 *JRA/JIAのみ記入					
現在の症状： 関節症状： 無、有 () 病型*： 全身型、多関節型、少関節型、乾癬型、腱付着部炎関連 皮膚症状： 無、有 ()、発熱： 無、有、レイノ症状： 無、有 眼症状： 無、有 ()、口腔内症状： 無、有 () その他：					
現在の治療： 無、有 (非ステロイド系抗炎症薬、ステロイド薬、免疫調整薬、免疫抑制薬、抗凝固療法、γグロブリン製剤、強心利尿薬、理学作業療法、生物学的製剤、その他：					
診断の根拠となった主な検査等の結果 (継続の場合は現在の状況) 赤沈 (mm/h)、CRP (mg/dl)、AST (増、正)、ALT (増、正) 末梢血：白血球 (増、正、減)、貧血 (有、無)、血小板 (増、正、減) 抗核抗体 (倍)、抗DNA抗体 (IU/ml)、リウマトイド因子 (末検査、陰性、陽性) 抗SS-A/Ro抗体 (末検査、陰性、陽性)、抗SS-B/La抗体 (末検査、陰性、陽性) 抗RNP抗体 (末検査、陰性、陽性)、抗平滑筋抗体 (末検査、陰性、陽性) 冠動脈所見： 無、有 (拡張、瘤形成、巨大瘤、狭窄)、不明 生検： 未実施、実施 (部位) 病理所見 () その他：					
その他の現在の主な所見等： 合併症 (無、有)					
経過 (これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果)					
1つに○印： 治癒、寛解、軽快、不変、再発、再燃、悪化、死亡、判定不能					
今後の治療方針					
治療見込期間	入 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
	通 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで (月 回)			
上記の通り診断する。		医療機関所在地 名称 科 平成 年 月 日 医師氏名 印			

注) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入してください。

