

告示番号		17		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		20 高IgD症候群 (メバロン酸キナーゼ欠損症)								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名	
受給者番号				受診日		年 月 日		<input type="checkbox"/> 転入 → ( )					
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD)		体重 (測定日)		kg ( SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
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													
症状	全身	発熱：[ なし ・ あり ] 熱型：[ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 発熱期間：( )日間 熱型 (その他)：( ) 発熱間隔：[ 持続的 ・ 発作的 ・ 不定期 ] 周期性：[ なし ・ あり ] 発熱周期：( )か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい											
		リンパ節腫脹：[ なし ・ あり ] 部位：( )											
		漿膜炎：[ なし ・ あり ] 部位：( )											
		アミロイドーシス (腎)：[ なし ・ あり ] アミロイドーシス (肝)：[ なし ・ あり ] アミロイドーシス (消化器)：[ なし ・ あり ] アミロイドーシス (その他)：( )											
	筋・骨格	関節腫脹：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ] 関節の機能障害：[ なし ・ あり ]											
		関節の囊腫状腫脹 (足背)：[ なし ・ あり ] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[ なし ・ あり ]											
		屈指症 (手指)：[ なし ・ あり ] 屈指症 (足趾)：[ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	口内炎：[ なし ・ あり ]											
		皮疹：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
	眼	眼症状：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
	消化器	肝腫：[ なし ・ あり ] 脾腫：[ なし ・ あり ] 腹痛：[ なし ・ あり ] 下痢：[ なし ・ あり ] 嘔吐：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	神経症状：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
	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	血清IgD：( )mg/dL・未実施 メバロン酸キナーゼ活性：判定：[ 正常 ・ 低下 ・ 未実施 ] メバロン酸キナーゼ活性：( )%												
	赤沈 (1時間値)：発作時：( )mm/h 赤沈 (1時間値)：非発作時：( )mm/h CRP：発作時：( )mg/dL CRP：非発作時：( )mg/dL 血清アミロイドA：発作時：( )μg/mL・未実施 血清アミロイドA：非発作時：( )μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：( )ng/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：( )ng/mL・未実施												
	尿酸検査												
	尿中メバロン酸：[ 正常 ・ 増加 ・ 未実施 ] 尿中メバロン酸 (測定値)：( ) μg/mg・Cr												
	遺伝学的検査												
遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) MVK遺伝子異常：[ なし ・ あり ] MVK遺伝子以外の疾患関連変異：[ なし ・ あり ] 詳細：( )													
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：( )											
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症		合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											

