

病名	15 家族性地中海熱										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
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			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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
診断	コルヒチンに対する反応性: [なし ・ あり]												
基本情報	発症年齢: () 歳												
診断	必須項目	発熱: 12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す: [なし ・ あり] 持続時間: 1回目: () 時間 持続時間: 2回目: () 時間 持続時間: 3回目: () 時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める: [なし ・ あり] 発作間歇期にはこれらが消失する: [なし ・ あり]											
	補助項目	非限局性の腹膜炎による腹痛: [なし ・ あり] 胸膜炎による胸背部痛: [なし ・ あり] 関節炎: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり] 精巣漿膜炎: [なし ・ あり] 髄膜炎による頭痛: [なし ・ あり] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減: [なし ・ あり]											
症状 (その他)	症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
診断	コルヒチンに対する反応性: [なし ・ あり]												
診断	必須項目	発熱: 12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す: [なし ・ あり] 持続時間: 1回目: () 時間 持続時間: 2回目: () 時間 持続時間: 3回目: () 時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める: [なし ・ あり] 発作間歇期にはこれらが消失する: [なし ・ あり]											
	補助項目	非限局性の腹膜炎による腹痛: [なし ・ あり] 胸膜炎による胸背部痛: [なし ・ あり] 関節炎: [なし ・ あり] 心膜炎: [なし ・ あり] 精巣漿膜炎: [なし ・ あり] 髄膜炎による頭痛: [なし ・ あり] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減: [なし ・ あり]											
症状 (その他)	症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	赤沈 (1時間値): 発作時: () mm/h CRP: 発作時: () mg/dL 血清アミロイドA: 発作時: () µg/mL ・ 未実施 プロカルシトニン: 発作時: () ng/mL ・ 未実施						赤沈 (1時間値): 非発作時: () mm/h CRP: 非発作時: () mg/dL 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: 非発作時: () ng/mL ・ 未実施						
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) MEFV遺伝子異常: [なし ・ あり] Exon 10 の変異 (M694I, M680I, M694V, V726A: ヘテロ変異を含む): [なし ・ あり] Exon 10 以外の変異 (E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C等: ヘテロの変異を含む): [なし ・ あり]												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	赤沈 (1時間値): 発作時: () mm/h CRP: 発作時: () mg/dL 血清アミロイドA: 発作時: () µg/mL ・ 未実施 プロカルシトニン: 発作時: () ng/mL ・ 未実施						赤沈 (1時間値): 非発作時: () mm/h CRP: 非発作時: () mg/dL 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: 非発作時: () ng/mL ・ 未実施						
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) MEFV遺伝子異常: [なし ・ あり] Exon 10 の変異 (M694I, M680I, M694V, V726A: ヘテロ変異を含む): [なし ・ あり] Exon 10 以外の変異 (E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C等: ヘテロの変異を含む): [なし ・ あり]												

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: ()
家族歴	家系: [日本人 ・ 日本人以外] 詳細: ()
	両親の血族婚: [なし ・ あり ・ 不明]
	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	非ステロイド系抗炎症薬: [なし ・ あり] ステロイド薬: [なし ・ あり] コルチヒン: [なし ・ あり] 免疫調整薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 抗凝固薬: [なし ・ あり] 強心薬: [なし ・ あり] 利尿薬: [なし ・ あり] 免疫グロブリン療法: [なし ・ あり]
	生物学的製剤: [なし ・ あり] 詳細: ()
リハビリテーション	理学療法: [未実施 ・ 実施] 作業療法: [未実施 ・ 実施]
血液浄化	血液浄化法: [未実施 ・ 実施] 詳細: ()
治療	治療 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日)
	治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)