

病名	<b>15 家族性地中海熱</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )					
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				
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>												
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): ( )											
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>												
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 ]											
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>												
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: ( )											
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>												
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 ]			コルヒチン: [ 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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )