

病名	<b>17 TNF受容体関連周期性症候群</b>			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

**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**

基本情報	発症年齢: ( )歳	
症状	全身	発熱 (38℃以上): [ なし ・ あり ]      発熱 (38℃未満): [ なし ・ あり ]      発熱期間: ( )日間 熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 熱型 (その他): ( ) 発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不規則 ]      周期性: [ なし ・ あり ]      発熱周期: ( )か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 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	筋痛: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 筋膜炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 関節腫脹: [ なし ・ あり ]      関節痛: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	皮疹: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
	眼	結膜炎: [ なし ・ あり ] 詳細: ( ) 眼窩周囲浮腫: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感: [ なし ・ あり ]
	消化器	腹痛: [ なし ・ あり ] 部位: ( )
	その他	症状 (その他): ( )

**臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

症状	全身	発熱 (38℃以上): [ なし ・ あり ]      発熱 (38℃未満): [ なし ・ あり ]      発熱期間: ( )日間 熱型: [ 稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他 ] 熱型 (その他): ( ) 発熱間隔: [ 持続的 ・ 発作的 ・ 不規則 ]      周期性: [ なし ・ あり ]      発熱周期: ( )か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい 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	筋痛: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 筋膜炎: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 関節腫脹: [ なし ・ あり ]      関節痛: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	皮疹: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
	眼	結膜炎: [ なし ・ あり ] 詳細: ( ) 眼窩周囲浮腫: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )

症状	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感: [ なし ・ あり ]
	消化器	腹痛: [ なし ・ あり ] 部位: ( )
	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	フェリチン: これまでの最高値: ( )ng/mL・未実施	フェリチン: これまでの最低値: ( )ng/mL・未実施
	赤沈 (1時間値): これまでの最高値: ( )mm/h	赤沈 (1時間値): これまでの最低値: ( )mm/h
	CRP: これまでの最高値: ( )mg/dL	CRP: これまでの最低値: ( )mg/dL
	血清アミロイドA: これまでの最高値: ( )µg/mL・未実施	血清アミロイドA: これまでの最低値: ( )µg/mL・未実施
	プロカルシトニン: これまでの最高値: ( )ng/mL・未実施	プロカルシトニン: これまでの最低値: ( )ng/mL・未実施
	TNF-alpha: これまでの最高値: ( )pg/mL・未実施	TNF-alpha: これまでの最低値: ( )pg/mL・未実施
	リウマトイド因子 (定量): ( )IU/mL・未実施	抗CCP抗体: ( )U/mL・未実施
	自己抗体 (その他): ( )	

病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( )
	所見: ( )

遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )	TNFRSF1A疾患関連変異: [ なし ・ あり ]
--------	------------------------------------	-----------------------------

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )
------------	-----------------

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	フェリチン: これまでの最高値: ( )ng/mL・未実施	フェリチン: これまでの最低値: ( )ng/mL・未実施
	赤沈 (1時間値): これまでの最高値: ( )mm/h	赤沈 (1時間値): これまでの最低値: ( )mm/h
	CRP: これまでの最高値: ( )mg/dL	CRP: これまでの最低値: ( )mg/dL
	血清アミロイドA: これまでの最高値: ( )µg/mL・未実施	血清アミロイドA: これまでの最低値: ( )µg/mL・未実施
	プロカルシトニン: これまでの最高値: ( )ng/mL・未実施	プロカルシトニン: これまでの最低値: ( )ng/mL・未実施
	TNF-alpha: これまでの最高値: ( )pg/mL・未実施	TNF-alpha: これまでの最低値: ( )pg/mL・未実施
	リウマトイド因子 (定量): ( )IU/mL・未実施	抗CCP抗体: ( )U/mL・未実施
	自己抗体 (その他): ( )	

病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )
	部位: ( )
	所見: ( )

遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )	TNFRSF1A疾患関連変異: [ なし ・ あり ]
--------	------------------------------------	-----------------------------

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: ( )
-----	-----------------------------

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 ]	メトトレキサート: [ 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 ]	
	抗リウマチ薬 (その他): ( )		
	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 ( \_\_\_\_\_ )