

病名	17 TNF受容体関連周期性症候群					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	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(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・不定期] 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): ()											
	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 赤沈(1時間値): これまでの最高値: ()mm/h CRP: これまでの最高値: ()mg/dL 血清アミロイドA: これまでの最高値: ()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 TNF-alpha: これまでの最高値: ()pg/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): これまでの最低値: ()mm/h CRP: これまでの最低値: ()mg/dL 血清アミロイドA: これまでの最低値: ()µg/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: これまでの最低値: ()pg/mL・未実施						
リウマトイド因子(定量): ()IU/mL・未実施 自己抗体(その他): ()					抗CCP抗体: ()U/mL・未実施								
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] 抗リウマチ薬 (その他): () 生物学的製剤: [なし ・ あり] 詳細: () 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]
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 ()