

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 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日			
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
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							
最終受診日	(年 月 日)						
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: ()					
	筋・骨格	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): ()					
		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]					
		関節の嚢腫状腫脹 (足背): [なし ・ あり] 関節の嚢腫状腫脹 (手背): [なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	屈指症 (手指): [なし ・ あり] 屈指症 (足趾): [なし ・ あり]					
		口内炎: [なし ・ あり]					
	眼	皮疹: [なし ・ あり] 詳細: ()					
		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: ()						

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)	2/2
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]		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				
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 ()				
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
医療機関所在地			診断年月日	年	月 日
電話番号			診療科		
			医師名		
			小児慢性特定疾病 指定医番号	()	

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日