

病名	<b>23 インターロイキン I 受容体拮抗分子欠損症</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		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								
基本情報		発症年齢: ( ) 歳						
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: ( ) が月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい
	血管炎: [ なし ・ あり ]							
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ]		関節炎: [ なし ・ あり ]		骨膜炎: [ なし ・ あり ]		
		骨髄炎 (細菌性): [ なし ・ あり ]		骨髄炎 (無菌性): [ なし ・ あり ]		骨痛: [ なし ・ あり ]		
	筋・骨格症状 (その他): ( )							
皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹: [ なし ・ あり ]		膿疱性皮疹: [ なし ・ あり ]		皮疹 (その他): ( )			
	爪変形: [ なし ・ あり ]		口内炎: [ なし ・ あり ]		口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]			
皮膚・粘膜症状 (その他): ( )								
眼	結膜炎: [ なし ・ あり ]							
呼吸器・循環器	間質性肺炎: [ なし ・ あり ]		無呼吸発作: [ なし ・ あり ]		呼吸窮迫: [ なし ・ あり ]			
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: [ 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: ( ) が月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい
	血管炎: [ なし ・ あり ]							
	筋・骨格	関節腫脹: [ なし ・ あり ]		関節炎: [ なし ・ あり ]		骨膜炎: [ なし ・ あり ]		
		骨髄炎 (細菌性): [ なし ・ あり ]		骨髄炎 (無菌性): [ なし ・ あり ]		骨痛: [ なし ・ あり ]		
	筋・骨格症状 (その他): ( )							
皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹: [ なし ・ あり ]		膿疱性皮疹: [ なし ・ あり ]		皮疹 (その他): ( )			
	爪変形: [ なし ・ あり ]		口内炎: [ なし ・ あり ]		口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]			
皮膚・粘膜症状 (その他): ( )								
眼	結膜炎: [ なし ・ あり ]							
呼吸器・循環器	間質性肺炎: [ なし ・ あり ]		無呼吸発作: [ なし ・ あり ]		呼吸窮迫: [ なし ・ あり ]			
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	白血球数: ( ) / $\mu$ L		赤沈 (1時間値): ( ) mm/h		CRP: ( ) mg/dL			
	血清アミロイドA: ( ) $\mu$ g/mL ・ 未実施		プロカルシトニン: ( ) ng/mL ・ 未実施					

病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	部位: ( )		
	培養結果: ( )		
	所見: ( )		
画像検査	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	肋骨・鎖骨の肥大: [ なし ・ あり ] 骨膜反応: [ なし ・ あり ] 骨融解像: [ なし ・ あり ] 異所性骨化: [ なし ・ あり ]		
	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )		
	検査所見 (その他): ( )		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) IL1RN遺伝子の疾患関連変異: [ 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	白血球数: ( )/μL	赤沈 (1時間値): ( )mm/h	CRP: ( )mg/dL
	血清アミロイドA: ( )μg/mL・未実施	プロカルシトニン: ( )ng/mL・未実施	
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	部位: ( )		
	培養結果: ( )		
	所見: ( )		
画像検査	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	肋骨・鎖骨の肥大: [ なし ・ あり ] 骨膜反応: [ なし ・ あり ] 骨融解像: [ なし ・ あり ] 異所性骨化: [ なし ・ あり ]		
	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	検査名: ( ) 部位: ( ) 所見: ( )		
	検査所見 (その他): ( )		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) IL1RN遺伝子の疾患関連変異: [ 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: ( )		
出生歴	胎児仮死: [ なし ・ あり ]		
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		
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 ( )		