

病名	23 インターロイキン I 受容体拮抗分子欠損症					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		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: [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 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 (申請時) ※直近の状況を記載								
血液検査	白血球数: () / μ L		赤沈 (1時間値): () mm/h		CRP: () mg/dL			
	血清アミロイド A: () μ 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): ()							

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 ()