

病名	24 15から23までに掲げるもののほか、自己炎症性疾患 (具体的な疾病名:)					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	治療・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	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							
	全身		低身長(-2.0SD以下):[なし・あり] 先天性赤血球異形成貧血:[なし・あり] 血管炎:[なし・あり] アミロペクチノーシス:[なし・あり] 肉芽腫性病変:[なし・あり]					
	易感染性:[なし・あり] 部位:() 病原体:()							
	リンパ節腫脹:[なし・あり] 部位:()							
	漿膜炎:[なし・あり] 部位:()							
	寒冷誘発炎症:[なし・あり] 詳細:()							
	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):()							
	炎症発作の誘因:[なし・あり] 詳細:()							
	筋・骨格		関節腫脹:[なし・あり] 部位:() 関節痛:[なし・あり] 部位:() 関節の機能障害:[なし・あり] 部位:() 筋痛:[なし・あり] 部位:() 骨格筋障害:[なし・あり] 部位:() 骨髄炎:[なし・あり] 部位:() 線維性軟骨異形成:[なし・あり] 部位:() 顎骨の拡大:[なし・上顎・下顎] 筋・骨格症状(その他):()					
	皮膚・粘膜		毛包性丘疹:[なし・あり] 寒冷蕁麻疹:[なし・あり] 網状皮疹:[なし・あり] 蕁麻疹様発疹:[なし・あり] 尋常性乾癬:[なし・あり] 膿疱性乾癬:[なし・あり] 慢性毛包炎:[なし・あり] □内炎:[なし・あり] 多毛症:[なし・あり] 掌蹠角化症:[なし・あり] 色素過剰症:[なし・あり] 皮疹(その他):()					
眼		眼症状:[なし・あり] 詳細:()						
耳鼻咽喉		難聴:[なし・あり]						
呼吸器・循環器		心筋障害:[なし・あり]						

症状	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]
		血便: [なし ・ あり]	嘔吐: [なし ・ あり]	肛門膿瘍: [なし ・ あり]	肛門瘻孔: [なし ・ あり]
		裂肛: [なし ・ あり]	炎症性腸疾患: [なし ・ あり] 部位: ()		
精神・神経		脳梗塞: [なし ・ あり]	機序分類: [出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性]		
		頭痛: [なし ・ あり]	無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]		
その他		神経症状: [なし ・ あり]	詳細: ()		
		低ガンマグロブリン血症: [なし ・ あり]	歯牙異常: [なし ・ あり]	咬合異常: [なし ・ あり]	
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: () か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい	
		低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]	先天性赤血球異形成貧血: [なし ・ あり]	血管炎: [なし ・ あり]	
		アミロパグチノーシス: [なし ・ あり]	肉芽腫性病変: [なし ・ あり]		
		易感染性: [なし ・ あり] 部位: ()	病原体: ()		
		リンパ節腫脹: [なし ・ あり] 部位: ()			
	筋・骨格	漿膜炎: [なし ・ あり] 部位: ()			
		寒冷誘発炎症: [なし ・ あり]	詳細: ()		
		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): ()			
		炎症発作の誘因: [なし ・ あり]			
		詳細: ()			
		関節腫脹: [なし ・ あり] 部位: ()			
	皮膚・粘膜	関節痛: [なし ・ あり] 部位: ()			
関節の機能障害: [なし ・ あり] 部位: ()					
筋痛: [なし ・ あり] 部位: ()					
骨格筋障害: [なし ・ あり] 部位: ()					
骨髄炎: [なし ・ あり] 部位: ()					
線維性軟骨異形成: [なし ・ あり] 部位: ()					
顎骨の拡大: [なし ・ 上顎 ・ 下顎]		筋・骨格症状 (その他): ()			
眼	毛包性丘疹: [なし ・ あり]	寒冷尋麻疹: [なし ・ あり]	網状皮疹: [なし ・ あり]	尋麻疹様発疹: [なし ・ あり]	
	尋常性乾癬: [なし ・ あり]	膿疱性乾癬: [なし ・ あり]	慢性毛包炎: [なし ・ あり]	口内炎: [なし ・ あり]	
耳鼻咽喉	多毛症: [なし ・ あり]	掌蹼角化症: [なし ・ あり]	色素過剰症: [なし ・ あり]	皮疹 (その他): ()	
	眼症状: [なし ・ あり]				
呼吸器・循環器	詳細: ()				
	心筋障害: [なし ・ あり]				
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]	
	血便: [なし ・ あり]	嘔吐: [なし ・ あり]	肛門膿瘍: [なし ・ あり]	肛門瘻孔: [なし ・ あり]	
精神・神経	裂肛: [なし ・ あり]	炎症性腸疾患: [なし ・ あり] 部位: ()			
	脳梗塞: [なし ・ あり]	機序分類: [出血性 ・ 梗塞性 ・ 血行力学性]			
	頭痛: [なし ・ あり]	無菌性髄膜炎: [なし ・ あり]			
その他	神経症状: [なし ・ あり]	詳細: ()			
	低ガンマグロブリン血症: [なし ・ あり]	歯牙異常: [なし ・ あり]	咬合異常: [なし ・ あり]		
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	血清IgG: () mg/dL		
	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	
	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) 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)：()		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
血液検査	血清IgG：()mg/dL 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 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) 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	結節性多発動脈炎：[なし ・ あり] 自己免疫疾患：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()		
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 ()		