

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"/> 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	(変更があった場合)
氏名	ふりがな
(Alphabet)	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

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] 口内炎: [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	雑聴: [なし ・ あり]	

症状	呼吸器・循環器	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]
		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]					
神経症状: [なし ・ あり] 詳細: ()					
その他	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 (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	
病理検査	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): ()		
遺伝学的検査	生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	疾患関連変異: [なし ・ あり]
	部位: () 所見: ()		
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]
家族歴	合併症 (その他): ()	
	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]
リハビリテーション	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: ()		
血液浄化	理学療法: [未実施 ・ 実施]	作業療法: [未実施 ・ 実施]	
	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 (_____)