

告示番号		17		膠原病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3	
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"/> 新規	
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)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)			
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										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													
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：( )											
		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 ]											
		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 ]											
	皮膚・粘膜	皮疹：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		眼											
	消化器	眼症状：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		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											
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											
		リンパ節腫脹：[ なし ・ あり ] 部位：( )											
		漿膜炎：[ なし ・ あり ] 部位：( )											
		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 ]											
		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 ]											
	皮膚・粘膜	皮疹：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		眼											
	消化器	眼症状：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		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											



医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名  
医療機関所在地  
電話番号

記載年月日                      年                      月                      日  
診断年月日                      年                      月                      日

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 ]

保險情報

保險者番号 ( ) 被保險者記号 ( )  
 被保險者番号 ( ) 被保險者個人單位枝番 ( )  
 資格取得年月日 年 月 日