

告示番号		13		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		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"/> 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)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		
				年 月 日						年 月 日				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)														
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：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい														
		血管炎：[なし ・ あり]														
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節炎：[なし ・ あり] 骨膜炎：[なし ・ あり] 骨髓炎 (細菌性)：[なし ・ あり] 骨髓炎 (無菌性)：[なし ・ あり] 骨痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()														
		魚鱗癬様皮疹：[なし ・ あり] 膿疱性皮疹：[なし ・ あり] 皮疹 (その他)：()														
	皮膚・粘膜	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：()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい														
		血管炎：[なし ・ あり]														
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節炎：[なし ・ あり] 骨膜炎：[なし ・ あり] 骨髓炎 (細菌性)：[なし ・ あり] 骨髓炎 (無菌性)：[なし ・ あり] 骨痛：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()														
		魚鱗癬様皮疹：[なし ・ あり] 膿疱性皮疹：[なし ・ あり] 皮疹 (その他)：()														
	皮膚・粘膜	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：()/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														

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

11

診断年月日

年

月

8

診療科

醫師名

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

8

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

保険者番号 () 被保険者記号 ()

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