

告示番号		14		膠原病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		15 家族性地中海熱						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
最終受診日		( 年 月 日 )											
診断		コルヒチンに対する反応性: [ なし ・ あり ]											
診断	必須項目	発熱: 12時間から72時間続く38℃以上の発熱を3回以上繰り返す: [ なし ・ あり ] 持続時間: 1回目: ( ) 時間 持続時間: 2回目: ( ) 時間 持続時間: 3回目: ( ) 時間 発熱時にはCRPや血清アミロイドAなどの炎症検査所見の著明な上昇を認める: [ なし ・ あり ] 発作間歇期にはこれらが消失する: [ なし ・ あり ]											
	補助項目	非限局性の腹膜炎による腹痛: [ なし ・ あり ] 胸膜炎による胸背部痛: [ なし ・ あり ] 関節炎: [ なし ・ あり ] 心膜炎: [ なし ・ あり ] 精巣漿膜炎: [ なし ・ あり ] 髄膜炎による頭痛: [ なし ・ あり ] コルヒチンの予防内服による発作の消失あるいは軽減: [ なし ・ あり ]											
症状 (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		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											
遺伝学的検査		遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) MEFV遺伝子異常: [ なし ・ あり ] Exon 10 の変異 (M694I, M680I, M694V, V726A: ヘテロ変異を含む): [ なし ・ あり ] Exon 10 以外の変異 (E84K, E148Q, L110P-E148Q, P369S-R408Q, R202Q, G304R, S503C等: ヘテロの変異を含む): [ なし ・ あり ]											
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: ( )											
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 ] コルチヒン: [ 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: ( )											

