告示番号 13　膠原病　平成（　　）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号（　　）	新規登録 ・ 継続 ・ 転入（転出地：　　）				
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成　年　月　日（満　歳）	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎　週
現在の身長※2	.　cm	現在の体重※2	.　kg	母の生年月日	昭和 平成　年　月　日
発病	年　月 頃	初診日	年　月　日		
大分類病名	5 自己炎症性疾患	細分類病名	23 インターロイキンⅠ受容体拮抗分子欠損症		

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

該当するものに○をつけ、必要な場合（　　）に記載

1.臨床所見

診断時の症状

継続申請の場合は現在の状態を記載

同じ症状の家族歴　（ なし ・ あり ）

発熱　（ なし ・ あり → 熱型（　　）、発熱期間（　　）日間、発熱間隔（ 不定期 ・ 約（　　）か月毎 ））

皮疹　（ なし ・ あり → 膿疱性皮疹 ・ 魚鱗癬様皮疹 ・ その他（　　））

骨関連症状　（ なし ・ あり → 骨痛 ・ 骨膜炎 ・ 骨髄炎（ 無菌性 ・ 細菌性 ） ・ その他（　　））

関節症状　（ なし ・ あり → 関節腫脹 ・ 関節炎 ・ その他（　　））

口腔内症状　（ なし ・ あり → 口内炎 ・ 口腔潰瘍 ・ その他（　　））

爪の変形　（ なし ・ あり ）

その他の症状　（ なし ・ あり → 胎児仮死 ・ 無呼吸発作 ・ 呼吸窮迫 ・ 間質性肺炎 ・ 血管炎 ・ 結膜炎 ・
その他（　　））

2.検査所見

診断時の検査等の結果

継続の場合は現在の症状を記載

血液検査　赤沈（　　）mm/h　CRP（　　）mg/dL

血清アミロイドA（　　）μg/mL　プロカルシトニン（　　）ng/mL

白血球数（ 減 ・ 正 ・ 増 ）

X線検査　（ 所見なし ・ 所見あり → 肋骨･鎖骨の肥大 ・ 骨膜反応 ・ 骨融解像 ・ 異所性骨化 ・
その他（　　））

その他画像検査　検査名（　　）

所見（ なし ・ あり → 部位（　　）、
詳細（　　））

組織検査　（ 未実施 ・ 実施 → 部位（　　）、
所見（　　））

遺伝子検査　（ 未実施 ・ 実施 ）

実施の場合 → 疾患関連変異※　（ なし ・ あり → 遺伝子名：　　）

※ 疾患関連変異の判定は、臨床遺伝専門医等による遺伝子結果の解釈に基づくものとする

その他の検査所見　（ なし ・ あり →　　）

3.その他の所見

その他の現在の所見など

合併症　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

4. 経 過

現在の治療

薬物療法など　（ なし ・ あり → 非ステロイド系抗炎症薬 ・ ステロイド薬 ・ 免疫調整薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 抗凝固薬 ・ γグロブリン ・
強心利尿薬 ・ 生物学的製剤 ・ 血液浄化療法 ・ 理学作業療法 ・ その他（　　））

過去の主な治療・検査など

5. 今後の療法方針

就学・就労	1. 就学前　2. 小中学校（通常学級・ 通級 ・ 特別支援学級）　3. 特別支援学校（小中学部 ・ 専攻科を含む高等部） 4. 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　5. 大学（短期大学を含む）　6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労　8. その他（　　）
現状評価	一つに○印 ： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明　　人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院　年　月　日 から　年　月　日 まで 通院　年　月　日 から　年　月　日 まで　（ 月　回 ）

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

科

平成　年　月　日　　医師名　　印

小児慢性特定疾病指定医番号