

告示番号		18		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2		
病名		17 TNF 受容体関連周期性症候群							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 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			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		治癒 ・ 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														
基本情報		発症年齢：()歳												
症状	全身	発熱 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 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												
		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)：()												
	筋・骨格	筋痛：[なし ・ あり] 部位：()												
		筋膜炎：[なし ・ あり] 部位：()												
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]												
	皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()												
	眼	結膜炎：[なし ・ あり] 詳細：()												
		眼窩周囲浮腫：[なし ・ あり] 詳細：()												
	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]												
消化器	腹痛：[なし ・ あり] 部位：()													
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 (38℃以上)：[なし ・ あり] 発熱 (38℃未満)：[なし ・ あり] 発熱期間：()日間 熱型：[稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 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												
		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)：()												
	筋・骨格	筋痛：[なし ・ あり] 部位：()												
		筋膜炎：[なし ・ あり] 部位：()												
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]												
	皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()												
	眼	結膜炎：[なし ・ あり] 詳細：()												
		眼窩周囲浮腫：[なし ・ あり] 詳細：()												

受給者番号（		）		患者氏名（		）															
告示番号		18		膠原病（		） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2													
症 状	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感：[なし ・ あり]																			
	消化器	腹痛：[なし ・ あり] 部位：（							）												
	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	フェリチン：これまでの最高値：（				）ng/mL・未実施		フェリチン：これまでの最低値：（		）ng/mL・未実施												
	赤沈（1時間値）：これまでの最高値：（				）mm/h		赤沈（1時間値）：これまでの最低値：（		）mm/h												
	CRP：これまでの最高値：（				）mg/dL		CRP：これまでの最低値：（		）mg/dL												
	血清アミロイドA：これまでの最高値：（				）μg/mL・未実施		血清アミロイドA：これまでの最低値：（		）μg/mL・未実施												
	プロカルシトニン：これまでの最高値：（				）ng/mL・未実施		プロカルシトニン：これまでの最低値：（		）ng/mL・未実施												
	TNF-alpha：これまでの最高値：（				）pg/mL・未実施		TNF-alpha：これまでの最低値：（		）pg/mL・未実施												
	リウマトイド因子（定量）：（				）IU/mL・未実施		抗CCP抗体：（		）U/mL・未実施												
	自己抗体（その他）：（																				
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施]				実施日：（		年		月		日）										
	部位：（																				
	所見：（																				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：（		年		月		日）		TNFRSF1A 疾患関連変異：[なし ・ あり]								
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（												）								
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
血液検査	フェリチン：これまでの最高値：（				）ng/mL・未実施		フェリチン：これまでの最低値：（		）ng/mL・未実施												
	赤沈（1時間値）：これまでの最高値：（				）mm/h		赤沈（1時間値）：これまでの最低値：（		）mm/h												
	CRP：これまでの最高値：（				）mg/dL		CRP：これまでの最低値：（		）mg/dL												
	血清アミロイドA：これまでの最高値：（				）μg/mL・未実施		血清アミロイドA：これまでの最低値：（		）μg/mL・未実施												
	プロカルシトニン：これまでの最高値：（				）ng/mL・未実施		プロカルシトニン：これまでの最低値：（		）ng/mL・未実施												
	TNF-alpha：これまでの最高値：（				）pg/mL・未実施		TNF-alpha：これまでの最低値：（		）pg/mL・未実施												
	リウマトイド因子（定量）：（				）IU/mL・未実施		抗CCP抗体：（		）U/mL・未実施												
	自己抗体（その他）：（																				
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施]				実施日：（		年		月		日）										
	部位：（																				
	所見：（																				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：（		年		月		日）		TNFRSF1A 疾患関連変異：[なし ・ あり]								
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	合併症：[なし ・ あり]																				
家族歴	詳細：（																				
	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	非ステロイド系炎症薬：[なし ・ あり]				ステロイド薬：[なし ・ あり]				メトトレキサート：[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]																
	抗リウマチ薬（その他）：（																				
	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]																				
治療	詳細：（																				
	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（																	