

告示番号		14		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		15 家族性地中海熱							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													
診断		コルヒチンに対する反応性：[なし ・ あり]											
基本情報		発症年齢：()歳											
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)：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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 (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		赤沈 (1時間値)：発作時：()mm/h CRP：発作時：()mg/dL 血清アミロイドA：発作時：()µg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：()ng/mL・未実施						赤沈 (1時間値)：非発作時：()mm/h CRP：非発作時：()mg/dL 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：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]											
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 CRP：発作時：()mg/dL 血清アミロイドA：発作時：()µg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：()ng/mL・未実施						赤沈 (1時間値)：非発作時：()mm/h CRP：非発作時：()mg/dL 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：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]											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		14		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	
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：()													
治療		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 ()									