

告示番号		17		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		20 高IgD症候群 (メバロン酸キナーゼ欠損症)								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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 (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											
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 部位：()											
		漿膜炎：[なし ・ あり] 部位：()											
		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	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり]											
		関節の囊腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の囊腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり]											
		屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	口内炎：[なし ・ あり]											
		皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()											
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()											
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 嘔吐：[なし ・ あり]											
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()											
	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		血清IgD：()mg/dL・未実施 メバロン酸キナーゼ活性：判定：[正常 ・ 低下 ・ 未実施] メバロン酸キナーゼ活性：()%											
		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						
尿検査		尿中メバロン酸：[正常 ・ 増加 ・ 未実施] 尿中メバロン酸 (測定値)：() μg/mg・Cr											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) MVK 遺伝子異常：[なし ・ あり] MVK 遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：()											
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] 詳細：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	17	膠原病	(年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
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]		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 ()				