

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 → ()	
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													
診断		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: ()											

