

告示番号		13		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		23 インターロイキンⅠ受容体拮抗分子欠損症								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											
		血管炎：[なし ・ あり]											
		関節腫脹：[なし ・ あり] 関節炎：[なし ・ あり] 骨膜炎：[なし ・ あり] 骨髄炎 (細菌性)：[なし ・ あり] 骨髄炎 (無菌性)：[なし ・ あり] 骨痛：[なし ・ あり]											
		筋・骨格症状 (その他)：()											
	皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹：[なし ・ あり] 膿疱性皮疹：[なし ・ あり] 皮疹 (その他)：()											
		爪変形：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()											
	眼	結膜炎：[なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	間質性肺炎：[なし ・ あり] 無呼吸発作：[なし ・ あり] 呼吸窮迫：[なし ・ あり]											
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		白血球数：()/μL 赤沈 (1時間値)：()mm/h CRP：()mg/dL 血清アミロイドA：()μg/mL・未実施 プロカルシトニン：()ng/mL・未実施											
病理検査		生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 培養結果：() 所見：()											
画像検査		単純X線検査 (骨)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 肋骨・鎖骨の肥大：[なし ・ あり] 骨膜反応：[なし ・ あり] 骨融解像：[なし ・ あり] 異所性骨化：[なし ・ あり]											
		画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
		検査名：() 部位：() 所見：()											
		検査所見 (その他)：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) IL1RN 遺伝子の疾患関連変異：[なし ・ あり]											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()											

2021a-001

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：（ ）									
出生歴	胎児仮死：[なし ・ あり]									
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					
					小児慢性特定疾病 指定医番号	（ ）				