

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			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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		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：( )											

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〈継続申請用〉	2/2
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	(	