

告示番号		18		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		17 TNF 受容体関連周期性症候群							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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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 (38℃以上) : [なし ・ あり] 発熱 (38℃未満) : [なし ・ あり] 発熱期間 : () 日間 熱型 : [稽留熱 ・ 弛張熱 ・ 間欠熱 ・ 波状熱 ・ その他] 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											
		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	筋痛 : [なし ・ あり] 部位 : ()											
		筋膜炎 : [なし ・ あり] 部位 : ()											
		関節腫脹 : [なし ・ あり] 関節痛 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮疹 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		結膜炎 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	眼	眼窩周囲浮腫 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	呼吸器・循環器	胸痛・胸部圧迫感 : [なし ・ あり]											
消化器	腹痛 : [なし ・ あり] 部位 : ()												
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		フェリチン : これまでの最高値 : () ng/mL ・ 未実施 赤沈 (1時間値) : これまでの最高値 : () mm/h CRP : これまでの最高値 : () mg/dL 血清アミロイドA : これまでの最高値 : () µg/mL ・ 未実施 プロカルシトニン : これまでの最高値 : () ng/mL ・ 未実施 TNF-alpha : これまでの最高値 : () pg/mL ・ 未実施					フェリチン : これまでの最低値 : () ng/mL ・ 未実施 赤沈 (1時間値) : これまでの最低値 : () mm/h CRP : これまでの最低値 : () mg/dL 血清アミロイドA : これまでの最低値 : () µg/mL ・ 未実施 プロカルシトニン : これまでの最低値 : () ng/mL ・ 未実施 TNF-alpha : これまでの最低値 : () pg/mL ・ 未実施						
		リウマトイド因子 (定量) : () IU/mL ・ 未実施 自己抗体 (その他) : ()					抗CCP抗体 : () U/mL ・ 未実施						
病理検査		生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()											
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)					TNFRSF1A 疾患関連変異 : [なし ・ あり]						
検査所見 (その他)		検査所見 (その他) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		18		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	
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] メトトレキサート：[なし ・ あり]													
		免疫抑制薬：[なし ・ あり]													
		抗リウマチ薬（その他）：()													
		生物学的製剤：[なし ・ あり] 詳細：()													
		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]													
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 ()															