

病名	2415から23までに掲げるもののほか、自己炎症性疾患 (具体的な疾病名:)					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								
		低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり] 先天性赤血球異形成貧血: [なし ・ あり] 血管炎: [なし ・ あり] アミロパクチノーシス: [なし ・ あり] 肉芽腫性病変: [なし ・ あり]								
		易感染性: [なし ・ あり] 部位: () 病原体: ()								
		リンパ節腫脹: [なし ・ あり] 部位: ()								
		漿膜炎: [なし ・ あり] 部位: ()								
		寒冷誘発炎症: [なし ・ あり] 詳細: ()								
		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): ()								
		炎症発作の誘因: [なし ・ あり] 詳細: ()								
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり] 部位: ()								
		関節痛: [なし ・ あり] 部位: ()								
		関節の機能障害: [なし ・ あり] 部位: ()								
		筋痛: [なし ・ あり] 部位: ()								
		骨格筋障害: [なし ・ あり] 部位: ()								
		骨髓炎: [なし ・ あり] 部位: ()								
		線維性軟骨異形成: [なし ・ あり] 部位: ()								
		顎骨の拡大: [なし ・ 上顎 ・ 下顎] 筋・骨格症状 (その他): ()								
	皮膚・粘膜	毛包性丘疹: [なし ・ あり] 寒冷蕁麻疹: [なし ・ あり] 網状皮疹: [なし ・ あり] 蕁麻疹様発疹: [なし ・ あり] 尋常性乾癬: [なし ・ あり] 膿疱性乾癬: [なし ・ あり] 慢性毛包炎: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり] 多毛症: [なし ・ あり] 掌蹼角化症: [なし ・ あり] 色素過剰症: [なし ・ あり] 皮疹 (その他): ()								
	眼	眼症状: [なし ・ あり] 詳細: ()								
	耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]								

