

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 → ()	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g	出生週数	在胎 週	日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳	か月 日	
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		年 月 日	肥満度
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						
最終受診日	(年 月 日)					
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]		コルヒチン: [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: ()					

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: ()
	治療見込み期間 (外来)	開始日: ()	年	月	日) 終了日: () 通院頻度: ()回/月
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 ()				
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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日