

告示番号		18		膠原病 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3		
病名	17 TNF受容体関連周期性症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
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)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
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	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	治療 ・ 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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
最終受診日	(年		月	日)						
基本情報	発症年齢: () 歳									
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 ・ 不規則]		周期性: [なし ・ あり]		発熱周期: () か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい		
	筋・骨格	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): ()		
		筋痛: [なし ・ あり] 部位: ()		筋膜炎: [なし ・ あり] 部位: ()		関節腫脹: [なし ・ あり]				
	皮膚・粘膜	関節痛: [なし ・ あり]		関節痛: [なし ・ あり]						
		皮疹: [なし ・ あり]		詳細: ()						
	眼	結膜炎: [なし ・ あり]		詳細: ()						
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): ()									
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 ・ 不規則]		周期性: [なし ・ あり]		発熱周期: () か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい		
	筋・骨格	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): ()		
		筋痛: [なし ・ あり] 部位: ()		筋膜炎: [なし ・ あり] 部位: ()		関節腫脹: [なし ・ あり]				
	皮膚・粘膜	関節痛: [なし ・ あり]		関節痛: [なし ・ あり]						
		皮疹: [なし ・ あり]		詳細: ()						
	眼	結膜炎: [なし ・ あり]		詳細: ()						
眼窩周囲浮腫: [なし ・ あり]		詳細: ()								

告示番号 **18** 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

症状	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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載			
血液検査	フェリチン：これまでの最高値：()ng/mL・未実施	フェリチン：これまでの最低値：()ng/mL・未実施	
	赤沈 (1時間値)：これまでの最高値：()mm/h	赤沈 (1時間値)：これまでの最低値：()mm/h	
血液検査	CRP：これまでの最高値：()mg/dL	CRP：これまでの最低値：()mg/dL	
	血清アミロイドA：これまでの最高値：()μg/mL・未実施	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：これまでの最高値：()ng/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：これまでの最高値：()pg/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	抗CCP抗体：()U/mL・未実施	
	自己抗体 (その他)：()		
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		
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)：()		
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	フェリチン：これまでの最低値：()ng/mL・未実施	
	赤沈 (1時間値)：これまでの最高値：()mm/h	赤沈 (1時間値)：これまでの最低値：()mm/h	
血液検査	CRP：これまでの最高値：()mg/dL	CRP：これまでの最低値：()mg/dL	
	血清アミロイドA：これまでの最高値：()μg/mL・未実施	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：これまでの最高値：()ng/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：これまでの最高値：()pg/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	抗CCP抗体：()U/mL・未実施	
	自己抗体 (その他)：()		
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		
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)：()		
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]	抗凝固薬：[なし ・ あり]	強心薬：[なし ・ あり]
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり]	免疫グロブリン療法：[なし ・ あり]	
	抗リウマチ薬 (その他)：()		
薬物療法	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
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 ()		

告示番号	18	膠原病	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書	(新規申請用)	3/3
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