

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		☐ 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					
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)：()												
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：()											

