

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 <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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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 )					
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				
		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 ] 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		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			
血液検査	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 ) 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) : ( )					

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
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