

告示番号 13		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	23 インターロイキン I 受容体拮抗分子欠損症			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	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
	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: [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		発熱周期: ()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい	
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり]		関節炎: [なし ・ あり]	
		骨髄炎 (細菌性): [なし ・ あり]		骨髄炎 (無菌性): [なし ・ あり]	
	皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹: [なし ・ あり]		膿疱性皮疹: [なし ・ あり]	
		爪変形: [なし ・ あり]		口内炎: [なし ・ あり]	
	眼	結膜炎: [なし ・ あり]		口腔内潰瘍: [なし ・ あり]	
		呼吸器・循環器		間質性肺炎: [なし ・ あり]	
その他	無呼吸発作: [なし ・ あり]		呼吸窮迫: [なし ・ あり]		
	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: [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		発熱周期: ()か月毎ぐらい ・ 週毎ぐらい	
	筋・骨格	関節腫脹: [なし ・ あり]		関節炎: [なし ・ あり]	
		骨髄炎 (細菌性): [なし ・ あり]		骨髄炎 (無菌性): [なし ・ あり]	
	皮膚・粘膜	魚鱗癬様皮疹: [なし ・ あり]		膿疱性皮疹: [なし ・ あり]	
		爪変形: [なし ・ あり]		口内炎: [なし ・ あり]	
	眼	結膜炎: [なし ・ あり]		口腔内潰瘍: [なし ・ あり]	
		呼吸器・循環器		間質性肺炎: [なし ・ あり]	
その他	無呼吸発作: [なし ・ あり]		呼吸窮迫: [なし ・ あり]		
	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	白血球数: ()/μL		赤沈 (1時間値): ()mm/h		CRP: ()mg/dL
	血清アミロイド A: ()μg/mL ・ 未実施		プロカルシトニン: ()ng/mL ・ 未実施		

告示番号	13	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
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 培養結果: () 所見: ()				
画像検査	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肋骨・鎖骨の肥大: [なし ・ あり] 骨膜反応: [なし ・ あり] 骨融解像: [なし ・ あり] 異所性骨化: [なし ・ あり]				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査名: () 部位: () 所見: ()				
	検査所見 (その他): ()				
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) IL1RN遺伝子の疾患関連変異: [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	白血球数: ()/μL 赤沈 (1時間値): ()mm/h CRP: ()mg/dL 血清アミロイドA: ()μg/mL・未実施 プロカルシトニン: ()ng/mL・未実施				
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 培養結果: () 所見: ()				
画像検査	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肋骨・鎖骨の肥大: [なし ・ あり] 骨膜反応: [なし ・ あり] 骨融解像: [なし ・ あり] 異所性骨化: [なし ・ あり]				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査名: () 部位: () 所見: ()				
	検査所見 (その他): ()				
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) IL1RN遺伝子の疾患関連変異: [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: ()				
出生歴	胎児仮死: [なし ・ あり]				
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] 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: (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	13	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