

告示番号		20		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/3			
病名		24 乳児発症STING関連血管炎								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)						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 (申請時) ※直近の状況を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症 状	全身	初発症状：()													
		低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]													
		発熱：[なし ・ あり] 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													
	呼吸器・ 循環器	間質性肺疾患：[なし ・ 両側性 ・ 片側性] 肺線維症 (CTまたはX線で要確認)：[なし ・ あり]													
		肺気腫：[なし ・ あり] 肺高血圧症：[なし ・ あり] 肺活量の低下：[なし ・ あり ・ 未検査]													
	息切れ (呼吸障害による)：[なし ・ 継続的 ・ 間欠的]														
	酸素吸入：[なし ・ あり] 気管切開：[なし ・ あり] 脳血管障害：[なし ・ あり]														
	皮膚・粘膜	凍瘡様皮疹：[なし ・ あり] 指趾先端の紅斑、紫斑：[なし ・ あり] 潰瘍 (手指・足趾)：[なし ・ あり]													
		壊疽 (手指・足趾)：[なし ・ 10指未満 ・ 10指以上 ・ 全て]													
	爪の欠損：[なし ・ 10指未満 ・ 10指以上 ・ 全て]														
	筋・骨格	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節熱感：[なし ・ あり]													
筋炎：[なし ・ あり]															
消化器	肝炎：[なし ・ あり] 胆管炎：[なし ・ あり]														
内分泌	甲状腺炎：[なし ・ あり]														
腎臓	糸球体腎炎：[なし ・ あり]														
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)：これまでの最高値：()mm/h これまでの最低値：()mm/h													
		CRP：これまでの最高値：()mg/dL 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 これまでの最低値：()μg/mL・未実施													
		自己抗体 (その他)：()													
		KL-6：これまでの最高値：()U/mL・未実施 これまでの最低値：()U/mL・未実施													
画像検査		SP-D：これまでの最高値：()ng/mL・未実施 これまでの最低値：()ng/mL・未実施													
		CT検査 (胸部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)													
生理機能検査		所見：()													
		呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)													
病理検査		%FEV1：()% FEV1/FVC比：()													
		皮膚生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)													
遺伝学的検査		所見：()													
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) STING1遺伝子異常：[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：()													

