

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		☐ 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)		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 : ()											
	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) : ()											
	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 赤沈 (1時間値) : これまでの最高値 : () mm/h CRP : これまでの最高値 : () mg/dL 血清アミロイドA : これまでの最高値 : () 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 TNF-alpha : これまでの最高値 : () pg/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) : これまでの最低値 : () mm/h CRP : これまでの最低値 : () mg/dL 血清アミロイドA : これまでの最低値 : () µg/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 : これまでの最低値 : () pg/mL ・ 未実施					
		リウマトイド因子 (定量) : () IU/mL ・ 未実施 自己抗体 (その他) : ()						抗CCP抗体 : () U/mL ・ 未実施					
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) : ()											

