

告示番号		17		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		20 高IgD症候群（メバロン酸キナーゼ欠損症）							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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg () SD) 年 月 日		BMI			
										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：[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 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											
		リンパ節腫脹：[なし ・ あり] 部位：()											
		漿膜炎：[なし ・ あり] 部位：()											
		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	関節腫脹：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 関節の機能障害：[なし ・ あり] 関節の嚢腫状腫脹 (足背)：[なし ・ あり] 関節の嚢腫状腫脹 (手背)：[なし ・ あり] 屈指症 (手指)：[なし ・ あり] 屈指症 (足趾)：[なし ・ あり]											
		皮膚・粘膜	口内炎：[なし ・ あり] 皮疹：[なし ・ あり] 詳細：()										
			眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()									
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 嘔吐：[なし ・ あり]											
		精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 詳細：()										
	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		血清IgD：()mg/dL・未実施 メバロン酸キナーゼ活性：判定：[正常 ・ 低下 ・ 未実施] メバロン酸キナーゼ活性：()%										
			赤沈 (1時間値)：発作時：()mm/h 赤沈 (1時間値)：非発作時：()mm/h CRP：発作時：()mg/dL CRP：非発作時：()mg/dL 血清アミロイドA：発作時：()μg/mL・未実施 血清アミロイドA：非発作時：()μg/mL・未実施 プロカルシトニン：発作時：()ng/mL・未実施 プロカルシトニン：非発作時：()ng/mL・未実施										
尿検査		尿中メバロン酸：[正常 ・ 増加 ・ 未実施] 尿中メバロン酸 (測定値)：() μg/mg・Cr											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) MVK遺伝子異常：[なし ・ あり] MVK遺伝子以外の疾患関連変異：[なし ・ あり] 詳細：()											
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：()											

