

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | |
|----------------------|------------|---------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 1 X連鎖重症複合免疫不全症 |

1. 臨床所見

| | | | |
|-----------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |

2. 検査所見

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査 等の 結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 (cpm ・ SI) | |
| | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | |
|----------------------------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療 去の 主な 検査 など | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|-----------|-------|----------------|
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 1 X連鎖重症複合免疫不全症 |
|-------|-----------|-------|----------------|

5. 今後の療法方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|--|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
|------|--|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|----------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 2 細網異形成症 | | |

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載

| | | | | | | |
|-----------|--------------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| 現在の 症状 | 身体所見 | | | | | |
| | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) |
| | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) |
| | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | | | | |
| | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|--|----------------|-----------------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) |
| | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L |
| | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L |
| | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL |
| | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL |
| | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | IgG3 () mg/dL |
| | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL |
| | CH ₅₀ | () U/mL | | |
| | C1qインヒター活性 | () % | | |
| | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L |
| | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % |
| | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 () cpm ・ SI) | | |
| | | 基準値またはControl値 () cpm ・ SI) | | |
| | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | |

3. その他の所見

その他の現在の所見など

合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

4. 経過

該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など)

| | |
|------------|---|
| 現在の治療 | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与(用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療去の主な検査など | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|-----------|-------|----------|
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 2 細網異形成症 |
|-------|-----------|-------|----------|

5. 今後の療法方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|---|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
|------|---|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-------|-----------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 3 | アデノシンデアミナーゼ (ADA) 欠損症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 () cpm ・ SI)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 () cpm ・ SI)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () cpm ・ SI) | | | | | | 基準値またはControl値 () cpm ・ SI) | | | | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | |
|---|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|-----------|-------|-------------------------|
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 3 アデノシンデアミナーゼ (ADA) 欠損症 |
|-------|-----------|-------|-------------------------|

5. 今後の療方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|---|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
|------|---|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | |
|-----------|------------|--------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県※1 | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長※2 | cm | 現在の体重※2 kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 4 オーメン (Omenn) 症候群 |

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載

| | | | |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症状 | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載

| | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | 測定結果 (cpm ・ SI) | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| HIV 抗原検査 () | | | |

3. その他の所見

その他の現在の所見など 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

4. 経過

該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など)

| | |
|------------|---|
| 現在の治療 | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ()) |
| 治療去の主な検査など | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|-----------|-------|--------------------|
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 4 オーマン (Omenn) 症候群 |
|-------|-----------|-------|--------------------|

5. 今後の療法方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|--|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 |
|------|--|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-------|-------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 5 | プリヌクレオシドホスホラーゼ欠損症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染(水痘など)の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 () cpm ・ SI)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 () cpm ・ SI)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () cpm ・ SI) | | | | | | 基準値またはControl値 () cpm ・ SI) | | | | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与(用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 去 の 主 査 な ど | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|-----------|-------|-----------------------|
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 5 プリンヌクレオシドホスホリラーゼ欠損症 |
|-------|-----------|-------|-----------------------|

5. 今後の療法方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|---|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
|------|---|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | | |
|-----------|------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県※1 | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長※2 | cm | 現在の体重※2 | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 6 | CD8欠損症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染(水痘など)の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|------|-----------|--|--|--|----------------|------|-----------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2</td><td>() mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4</td><td>() mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 | () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | IgG4 | () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与(用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 など | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|-----------|-------|----------|
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 6 CD8欠損症 |
|-------|-----------|-------|----------|

5. 今後の療方方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|---|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
|------|---|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 7 | ZAP-70欠損症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | <table border="0"> <tr> <td>入院加療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院加療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院加療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|-----------|-------|-------------|
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 7 ZAP-70欠損症 |
|-------|-----------|-------|-------------|

5. 今後の療方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|---|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
|------|---|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 8 | MHCクラス I 欠損症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|------|-----------|--|--|--|----------------|------|-----------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2</td><td>() mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4</td><td>() mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 | () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | IgG4 | () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|-----------|-------|----------------|
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 8 MHCクラス I 欠損症 |
|-------|-----------|-------|----------------|

5. 今後の療方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|---|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
|------|---|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 9 | MHCクラスII欠損症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染(水痘など)の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|------|-----------|--|--|--|----------------|------|-----------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|-------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2</td><td>() mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4</td><td>() mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒビター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 (cpm ・ SI)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 (cpm ・ SI)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 | () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | IgG4 | () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒビター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒビター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与(用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td> <td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td> <td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td> <td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td> <td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 37 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 9 | MHCクラスII欠損症 |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|---------|-------------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 10 | 1から9までに掲げるもののほか、複合免疫不全症 | |
| | | | 具体的な疾患名 | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

| | | | | | |
|-----------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------|--|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には()内に記載 | | | | |
| | 身体所見 | | | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | |
| | 疾患歴 | | | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシスティス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------|--|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には()内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | |
| | 血液検査 | | | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | |
| | C1qインヒビター活性 () % | | | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | |
| | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | |
| | HIV 抗原検査 () | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は()内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ()) | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | 入院加療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | |
| | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | |
| | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | |
| | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | |

| | | | | |
|-----------|------------|---------|------|-------------------------|
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 1 複合免疫不全症 | 細分類病名 | 10 | 1から9までに掲げるもののほか、複合免疫不全症 |
| | | 具体的な疾患名 | | |

5. 今後の療法方針

| | |
|--------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
| 治療見込期間 | 入院 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | |
|----------------------|------------------|---------------------------|---|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 11 ウィスコット・オールドリッチ (Wiskott-Aldrich) 症候群 |

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載

| | | | |
|-----------|--------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症状 | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |

その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)
家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載

| | | | |
|---------------------------------------|--|--|---------------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL |
| | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒビター活性 () % | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | |
| | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | |
| | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | |
| | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | |
| | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | 測定結果 (cpm ・ SI) | |
| | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| HIV 抗原検査 () | | | |

3. その他の所見

その他の現在の所見など 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

4. 経過

該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など)

| | |
|------------|---|
| 現在の治療 | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療去の主な検査など | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|------------------------------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|------------------------------------|

| | | | | | |
|-------|---|----------------|-------|----|-------------------------------------|
| 大分類病名 | 2 | 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 11 | ウィスコット・オルドリッチ (Wiskott-Aldrich) 症候群 |
|-------|---|----------------|-------|----|-------------------------------------|

5. 今後の療方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|---|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 |
|------|---|

| | | |
|--------|----|---|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------|-------|----------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 昭和 年 月 日 / 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 12 | 毛細血管拡張性運動失調症 |

1. 臨床所見

| | | | | |
|---------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | |
| | 身体所見 | | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | |
| | 疾患歴 | | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |

2. 検査所見

| | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | |
| | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | |
| | C1qインヒター活性 () % | | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | |
| | | 測定結果 () | cpm ・ SI | |
| | | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | |
| HIV 抗原検査 () | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | |
|---|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|------------------|-------|-----------------|
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 12 毛細血管拡張性運動失調症 |
|-------|------------------|-------|-----------------|

5. 今後の療方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|--|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 |
|------|--|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | |
|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県※1 | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長※2 | cm | 現在の体重※2 | kg 母の生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 13 ナイミーヘン (Nijmegen) 染色体不安定症候群 |

1. 臨床所見

| | | | |
|---------------|--------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシステイ肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |

2. 検査所見

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 () | cpm ・ SI |
| | | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | |
|---|---|
| 現在 の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) |

| | | | | | | | |
|---------------|---|-------------------------|---|--------------------------|------|-----------------------------|---|
| 告示番号 52 | | 免疫疾患 | | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | | 2/2 | |
| 受給者番号 () | | | | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 大分類病名 | 2 | 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | | 細分類病名 | 13 | ナイミーヘン (Nijmegen) 染色体不安定症候群 | |
| 5. 今後の療方針 | | | | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | | | |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) | | | | | |
| 上記の通り診断します。 | | | | | | | |
| | | | | 医療機関名 | | | |
| | | | | および | | | |
| | | | | 所在地 | | | |
| 平成 | 年 | 月 | 日 | 医師名 | | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | | | | |

| | | | |
|-----------|------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県※1 | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長※2 | cm | 現在の体重※2 | kg 母の生年月日 昭和 年 月 日 平成 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 14 ブルーム (Bloom) 症候群 |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------|--|----------------|----------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱 (なし ・ あり)</td> <td>発疹 (なし ・ あり)</td> <td>出血斑 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失 (なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹 (なし ・ あり)</td> <td>肝腫大 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫 (なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘤 (なし ・ あり)</td> <td>関節炎 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎 (なし ・ あり)</td> <td>下痢 (なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良 (なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性 (なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往 (なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍 (なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり)</td> <td></td> <td>抗酸菌感染 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 (なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患 (なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | |
| 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------|--|--------------------|-----------------------------------|--|--------------|----------------------------------|-----------------|---------------|----------------------------------|------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|----------------|--|----------------|----------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|--|--|-----------------------------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|------------------------------|--|--|------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|--|-------------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|---------------------------|--|--|--------------|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数 () /μL</td> <td>白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率 () %</td> <td>赤血球数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン () g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット () %</td> <td>血小板数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV () fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン () ng/dL</td> <td>IgG () mg/dL</td> <td>IgA () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM () mg/dL</td> <td>IgE () IU/dL</td> <td>IgD () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C₃ () mg/dL</td> <td>C₄ () mg/dL</td> <td>CH₅₀ () U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性 () %</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比 ()</td> <td>T細胞絶対数 () /μL</td> <td>B細胞絶対数 () /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数 () /μL</td> <td>NK活性 () %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>測定結果 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>基準値またはControl値 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査 ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | C1qインヒター活性 () % | | | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | HIV 抗原検査 () | |
| 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|------------------|-------|---------------------|
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 14 プルーム (Bloom) 症候群 |
|-------|------------------|-------|---------------------|

5. 今後の療方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|--|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 |
|------|--|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 15 | ICF症候群 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染(水痘など)の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与(用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|------------------|-------|-----------|
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 15 ICF症候群 |
|-------|------------------|-------|-----------|

5. 今後の療法方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|--|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 |
|------|--|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 16 PMS2異常症 |

1. 臨床所見

| | | | |
|-----------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |

2. 検査所見

| | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒビター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 () | cpm ・ SI) |
| | | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI) |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | |
|-----------------------------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療 過去の 主な 検査 など | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 53 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 16 | PMS2異常症 |
| 5. 今後の療方方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 17 | RIDDLE症候群 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染(水痘など)の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 (cpm ・ SI)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 (cpm ・ SI)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与(用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 など | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | |
|-----------|--|
| 受給者番号 () | |
|-----------|--|

| | | | | |
|-----------|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|-----------|------------|-----|------|----------------|

| | | | | |
|--------------|------------------|--------------|----|-----------|
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 17 | RIDDLE症候群 |
|--------------|------------------|--------------|----|-----------|

| | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|

| | |
|--------------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校（通常学級・通級・特別支援学級） 3. 特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部） 4. 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 5. 大学（短期大学を含む） 6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労 8. その他（ ） |
|--------------|---|

| | |
|-------------|--|
| 現状評価 | 一つに○印： 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当： しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない・する・不明 |
|-------------|--|

| | | | | |
|---------------|-----------|----------|----------|---------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |

| | | |
|-------------|-------|-----------------------------------|
| 上記の通り診断します。 | | 医療機関名 および 所在地 |
| 平成 | 年 月 日 | 医師名 科 小児慢性特定疾病指定医番号 |

| | | | |
|----------------------|------------------|---------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 18 シムケ (Schimke) 症候群 |

1. 臨床所見

| | | | |
|-----------|--------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |

2. 検査所見

| | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 (cpm ・ SI) | |
| | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | |
|-----------------------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療 過去の 主な 検査 | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|------------------|-------|----------------------|
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 18 シムケ (Schimke) 症候群 |
|-------|------------------|-------|----------------------|

5. 今後の療方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|--|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 |
|------|--|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------|--|------------------|----------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 19 胸腺低形成 (テイ・ジョージ (DiGeorge) 症候群 / 22q11.2欠失症候群) | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載

| | | | | | | |
|-----------|----------------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| 現在の 症状 | 身体所見 | | | | | |
| | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) |
| | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) |
| | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | | | | |
| | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載

| | | | | |
|---------------------------------------|----------------|---|------------------|-----------------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) |
| | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L |
| | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L |
| | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL |
| | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL |
| | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL IgG2 () mg/dL IgG3 () mg/dL IgG4 () mg/dL | | |
| | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL |
| | C1qインヒター活性 | () % | CH ₅₀ | () U/mL |
| | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L |
| | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % |
| | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) 測定結果 () cpm ・ SI) 基準値またはControl値 () cpm ・ SI) | | |
| | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 | () | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など)

| | |
|-----------------------|---|
| 現在の 治療 | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療 過去の 主な 検査 | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|---|
| 告示番号 | 48 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 19 | 胸腺低形成 (ディ・ジョージ (DiGeorge) 症候群/22q11.2欠失症候群) |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| | | 医療機関名 | | |
| | | および | | |
| | | 所在地 | | |
| 平成 | 年 | 月 | 日 | 医師名 科 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg 母の生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 20 高IgE症候群 |

1. 臨床所見

| | | | |
|---------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |

2. 検査所見

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒビター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 () | cpm ・ SI) |
| | | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI) |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | |
|---|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 49 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 20 | 高IgE症候群 |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 21 | 肝中心静脈閉鎖症を伴う免疫不全症 | |

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載

| | | | | | | |
|-----------|--------------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| 現在の 症状 | 身体所見 | | | | | |
| | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) |
| | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) |
| | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | | | | |
| | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|-----|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 (好中球 | %、リンパ球 | %、単球 | %、好酸球 | %) |
| | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | |
| | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | |
| | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | |
| | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | |
| | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | | |
| | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | | |
| | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | |
| | C1qインヒター活性 | () % | | | | | |
| | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | |
| | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | |
| | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | |
| | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | |
| | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | |
| | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | |
| | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | |
| | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | |
| | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | |
| | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など)

| | |
|-----------------------|---|
| 現在の 治療 | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療 過去の 主な 検査 | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| 告示番号 47 | | 免疫疾患 | | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | | 2/2 | |
|---------------|---|-------------------------|---|--------------------------|------|------------------|---|
| 受給者番号 () | | | | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 大分類病名 | 2 | 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | | 細分類病名 | 21 | 肝中心静脈閉鎖症を伴う免疫不全症 | |
| 5. 今後の療方針 | | | | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | | | |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) | | | | | |
| 上記の通り診断します。 | | | | | | | |
| | | | | 医療機関名 | | | |
| | | | | および | | | |
| | | | | 所在地 | | | |
| 平成 | 年 | 月 | 日 | 医師名 | | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 2 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 22 | 先天性角化異常症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | |
| | 身体所見 発熱 (なし ・ あり) 発疹 (なし ・ あり) 出血斑 (なし ・ あり) 色素脱失 (なし ・ あり) リンパ節腫脹 (なし ・ あり) 肝腫大 (なし ・ あり) 脾腫 (なし ・ あり) 腹部腫瘤 (なし ・ あり) 関節炎 (なし ・ あり) 口内炎 (なし ・ あり) 下痢 (なし ・ あり) 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | | | |
| 現在の 病歴 | 疾患歴 易感染性 (なし ・ あり) 中耳炎の既往 (なし ・ あり) 肺炎の既往 (なし ・ あり) 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) 抗酸菌感染 (なし ・ あり) アレルギー疾患 (なし ・ あり) 自己免疫疾患 (なし ・ あり) 悪性腫瘍 (なし ・ あり) その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|----------------|-----------------------------|------------------|-----------|--|--|--|--|
| 診断の 根拠と なつた 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | |
| | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | |
| | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | |
| | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | |
| | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | |
| | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | |
| | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 | () mg/dL | | | | | | |
| | | IgG3 () mg/dL | IgG4 | () mg/dL | | | | | | |
| | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | |
| | C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | |
| | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | |
| | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | |
| | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | |
| | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | |
| | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) 測定結果 (cpm ・ SI) 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|-------------|------------------------|
| その他の現在の所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|-------------|------------------------|

4. 経過

| | |
|------------|---|
| 現在の治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療去の主な検査など | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | | | | | | |
|---------------------|---|----------------|-----------|----------------|-------------|---|---|---|----------|
| 告示番号 | 51 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 | 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 | | | | |
| 受給者番号 () | | | | | | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 | 年 月 日 (満 歳) | | | | |
| 大分類病名 | 2 | 免疫不全を伴う特徴的な症候群 | 細分類病名 | 22 | 先天性角化異常症 | | | | |
| 5. 今後の療方方針 | | | | | | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | | | | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | | | | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで |
| | 通院 | 年 | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | | | | | | |
| 医療機関名 および 所在地 | | | | | | | | | |
| 平成 | 年 | 月 | 日 | 医師名 | 科 印 | | | | |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-------|------------------|----------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 3 | 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 23 | X連鎖無ガンマグロブリン血症 |

1. 臨床所見

| | | | | | | |
|---------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|--|--|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | |
| | 身体所見 | | | | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | |
| | 疾患歴 | | | | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------|--|--|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | |
| | 血液検査 | | | | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | | |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | | |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | | |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | | |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | | |
| | C1qインヒター活性 () % | | | | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | | |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | |
| | | 測定結果 () | cpm ・ SI | | | |
| | | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI | | | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | HIV 抗原検査 () | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | |
|---|--|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 2 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 23 | X連鎖無ガンマグロブリン血症 |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | |
|----------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 24 分類不能型免疫不全症 |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------|--|----------------|----------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱 (なし ・ あり)</td> <td>発疹 (なし ・ あり)</td> <td>出血斑 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失 (なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹 (なし ・ あり)</td> <td>肝腫大 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫 (なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍 (なし ・ あり)</td> <td>関節炎 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎 (なし ・ あり)</td> <td>下痢 (なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良 (なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性 (なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往 (なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍 (なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり)</td> <td></td> <td>抗酸菌感染 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 (なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患 (なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | |
| 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|--|--------------------|-----------------------------------|--|--------------|----------------------------------|-----------------|---------------|----------------------------------|------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|--|----------------|----------------|--|----------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|------------------------------|--|--|------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|--|-------------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|---------------------------|--|--|--------------|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数 () /μL</td> <td>白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率 () %</td> <td>赤血球数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン () g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット () %</td> <td>血小板数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV () fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン () ng/dL</td> <td>IgG () mg/dL</td> <td>IgA () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM () mg/dL</td> <td>IgE () IU/dL</td> <td>IgD () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス IgG1 () mg/dL</td> <td></td> <td>IgG2 () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td> <td>IgG4 () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>C₃ () mg/dL</td> <td>C₄ () mg/dL</td> <td>CH₅₀ () U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性 () %</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比 ()</td> <td>T細胞絶対数 () /μL</td> <td>B細胞絶対数 () /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数 () /μL</td> <td>NK活性 () %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>測定結果 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>基準値またはControl値 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査 ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | C1qインヒター活性 () % | | | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | HIV 抗原検査 () | |
| 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 7 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 24 | 分類不能型免疫不全症 |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 25 | 高IgM症候群 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 () cpm ・ SI)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 () cpm ・ SI)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () cpm ・ SI) | | | | | | 基準値またはControl値 () cpm ・ SI) | | | | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 去 の 主 査 な ど | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 3 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 25 | 高IgM症候群 |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|-----------|-----------------|--------------------------|-------|--------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県※1 | | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長※2 | cm | 現在の体重※2 | kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 26 | IgGサブクラス欠損症 |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------|--|--|----------------|----------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱 (なし ・ あり)</td> <td>発疹 (なし ・ あり)</td> <td>出血斑 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失 (なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹 (なし ・ あり)</td> <td>肝腫大 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫 (なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘤 (なし ・ あり)</td> <td>関節炎 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎 (なし ・ あり)</td> <td>下痢 (なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良 (なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性 (なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往 (なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍 (なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり)</td> <td></td> <td>抗酸菌感染 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 (なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患 (なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | |
| 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--------------------|-----------------------------------|--------------|----------------------------------|---------------|----------------------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|----------------|----------------|----------------|--------------------------|--------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|------------------------------|--|------------|----------------------|-----------------------|------------|-------------------------------|-------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|------------------------------|--|------------------------------|--|--------------------------|--|---------------------------|--|--------------|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数 () /μL</td> <td>白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率 () %</td> <td>赤血球数 () $\times 10^4$ /μL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット () %</td> <td>血小板数 () $\times 10^4$ /μL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン () ng/dL</td> <td>IgG () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM () mg/dL</td> <td>IgE () IU/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2 () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4 () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>C₃ () mg/dL</td> <td>C₄ () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性 () %</td> <td>CH₅₀ () U/mL</td> </tr> <tr> <td>その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比 ()</td> <td>T細胞絶対数 () /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数 () /μL</td> <td>NK活性 () %</td> </tr> <tr> <td>PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td>測定結果 (cpm ・ SI)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>基準値またはControl値 (cpm ・ SI)</td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査 ()</td> <td></td> </tr> </table> | | | | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | C1qインヒター活性 () % | CH ₅₀ () U/mL | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | 測定結果 (cpm ・ SI) | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | HIV 抗原検査 () |
| 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 () % | CH ₅₀ () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|-------------|------------------------|
| その他の現在の所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|-------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| 現在の治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | |
| 治療去の主な検査など | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 1 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 26 | IgGサブクラス欠損症 |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 27 | 選択的IgA欠損 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染(水痘など)の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与(用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 4 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 27 | 選択的IgA欠損 |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 28 | 特異抗体産生不全症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 5 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 28 | 特異抗体産生不全症 |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | |
|----------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg 母の生年月日 昭和 年 月 日 平成 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 29 乳児一過性低ガンマグロブリン血症 |

1. 臨床所見

| | | | |
|-------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | () |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | () |

2. 検査所見

| | | | |
|-------------------|---|-----------------------------------|---------------------------|
| 診断の根拠となった主な検査等の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4/\mu$ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4/\mu$ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | () |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | () |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 () | cpm ・ SI) |
| | | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI) |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | () |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | () |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | () |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | () |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | () |
| | HIV 抗原検査 () | | () |

3. その他の所見

| | |
|-------------|------------------------|
| その他の現在の所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|-------------|------------------------|

4. 経過

| | | | |
|------------|--|--|--|
| 現在の治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ()) | | |
| 治療去の主な検査など | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | |
| | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | |
| | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | |
| | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | |

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|------------------|
| 告示番号 | 6 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 29 | 乳児一過性低ガンマグロブリン血症 |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

受給者番号 () 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)

患者 氏名 男 ・ 女 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳)

出生都道府県*1 出生体重 g 出生週数 在胎 週

現在の身長*2 cm 現在の体重*2 kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日

発病 年 月 頃 初診日 年 月 日

大分類病名 3 液性免疫不全を主とする疾患 細分類病名 30 23から29までに掲げるもののほか、液性免疫不全を主とする疾患

具体的な疾患名

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載

身体所見
 発熱 (なし ・ あり) 発疹 (なし ・ あり) 出血斑 (なし ・ あり)
 色素脱失 (なし ・ あり) リンパ節腫脹 (なし ・ あり) 肝腫大 (なし ・ あり)
 脾腫 (なし ・ あり) 腹部腫瘍 (なし ・ あり) 関節炎 (なし ・ あり)
 口内炎 (なし ・ あり) 下痢 (なし ・ あり) 体重増加不良 (なし ・ あり)

疾患歴
 易感染性 (なし ・ あり) 中耳炎の既往 (なし ・ あり) 肺炎の既往 (なし ・ あり)
 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) ニューモシスチス肺炎 (なし ・ あり) 皮膚粘膜カンジタ症 (なし ・ あり)
 ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) 抗酸菌感染 (なし ・ あり)
 アレルギー疾患 (なし ・ あり) 自己免疫疾患 (なし ・ あり) 悪性腫瘍 (なし ・ あり)
 その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)
 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載

白血球数 () /μL 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)
 網赤血球比率 () % 赤血球数 () × 10⁴/μL ヘモグロビン () g/dL
 ヘマトクリット () % 血小板数 () × 10⁴/μL MPV () fL
 フェリチン () ng/dL IgG () mg/dL IgA () mg/dL
 IgM () mg/dL IgE () IU/dL IgD () mg/dL
 IgGサブクラス IgG1 () mg/dL IgG2 () mg/dL
 IgG3 () mg/dL IgG4 () mg/dL
 C₃ () mg/dL C₄ () mg/dL CH₅₀ () U/mL
 C1qインヒビター活性 () %
 その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)
 血液型検査 オモチ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)
 ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)
 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())
 EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())
 EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())
 EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())
 その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)
 CD4/8比 () T細胞絶対数 () /μL B細胞絶対数 () /μL
 NK細胞絶対数 () /μL NK活性 () %
 PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()
 測定結果 (cpm ・ SI)
 基準値またはControl値 (cpm ・ SI)
 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
 リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
 HIV 抗原検査 ()

3. その他の所見

合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

その他の現在の所見など

4. 経過

該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など)

薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γグロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN-γ療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生物質予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())

治療経過の主な検査など

入院加療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)))
 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)))
 ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)))
 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)))

| | | | | |
|-----------|-----------------|---------|------|---------------------------------|
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 3 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 30 | 23から29までに掲げるもののほか、液性免疫不全を主とする疾患 |
| | | 具体的な疾患名 | | |

5. 今後の療の方針

| | |
|--------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
| 治療見込期間 | 入院 年 月 日 から 年 月 日 まで 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-------|---------------------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 4 免疫調節障害 | 細分類病名 | 31 | チエディアック・東 (Chédiak-Higashi) 症候群 | |

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載

| | | | | | | |
|-----------|--------------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| 現在の 症状 | 身体所見 | | | | | |
| | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) |
| | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) |
| | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | | | | |
| | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|--|------------------|-----------------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) |
| | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L |
| | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L |
| | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL |
| | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL |
| | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL |
| | C1qインヒター活性 | () % | CH ₅₀ | () U/mL |
| | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L |
| | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % |
| | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 (cpm ・ SI) | | |
| | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | |
| | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など)

| | |
|-----------------------|---|
| 現在の 治療 | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療 過去の 主な 検査 | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|---------------------------------|
| 告示番号 | 43 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 4 免疫調節障害 | 細分類病名 | 31 | チエディアック・東 (Chédiak-Higashi) 症候群 |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 4 免疫調節障害 | 細分類病名 | 32 | X連鎖リンパ増殖症候群 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染(水痘など)の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染(水痘など)の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------|-----------------------------|------------------|-----------|--|------|---------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|--------------------------|--------|----------|---------|-------|------|--------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------|--------|---------|---------|---------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() ×10⁴/μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() ×10⁴/μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () /μL | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () ×10 ⁴ /μL | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () ×10 ⁴ /μL | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () /μL | B細胞絶対数 | () /μL | NK細胞絶対数 | () /μL | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () /μL | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () ×10 ⁴ /μL | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () ×10 ⁴ /μL | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () /μL | B細胞絶対数 | () /μL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () /μL | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γグロブリン投与(用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN-γ療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 41 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 4 免疫調節障害 | 細分類病名 | 32 X連鎖リンパ増殖症候群 | |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 4 免疫調節障害 | 細分類病名 | 33 自己免疫性リンパ増殖症候群 (ALPS) |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------|--|----------------|----------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱 (なし ・ あり)</td> <td>発疹 (なし ・ あり)</td> <td>出血斑 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失 (なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹 (なし ・ あり)</td> <td>肝腫大 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫 (なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘤 (なし ・ あり)</td> <td>関節炎 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎 (なし ・ あり)</td> <td>下痢 (なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良 (なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性 (なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往 (なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍 (なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり)</td> <td></td> <td>抗酸菌感染 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 (なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患 (なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | |
| 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|--|--------------------|-----------------------------------|--|--------------|----------------------------------|-----------------|---------------|----------------------------------|------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|----------------|--|----------------|----------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|------------------------------|--|--|------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|--|-------------------------------|--|--|--|----------|------------|--|--------------------|------------|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|---------------------------|--|--|--------------|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数 () /μL</td> <td>白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率 () %</td> <td>赤血球数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン () g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット () %</td> <td>血小板数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV () fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン () ng/dL</td> <td>IgG () mg/dL</td> <td>IgA () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM () mg/dL</td> <td>IgE () IU/dL</td> <td>IgD () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C₃ () mg/dL</td> <td>C₄ () mg/dL</td> <td>CH₅₀ () U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性 () %</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比 ()</td> <td>T細胞絶対数 () /μL</td> <td>B細胞絶対数 () /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数 () /μL</td> <td>NK活性 () %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>測定結果 ()</td> <td>cpm ・ SI)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>基準値またはControl値 ()</td> <td>cpm ・ SI)</td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査 ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | C1qインヒター活性 () % | | | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | 測定結果 () | cpm ・ SI) | | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI) | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | HIV 抗原検査 () | |
| 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|-------------|---|---------------------|--------------------------|----------------------|
| 告示番号 | 42 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 4 免疫調節障害 | 細分類病名 | 33 | 自己免疫性リンパ増殖症候群 (ALPS) |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| | | 医療機関名 および 所在地 | | 科 |
| 平成 年 月 日 | | 医師名 | | 印 |
| | | 小児慢性特定疾病指定医番号 | | |

| | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-----------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 4 免疫調節障害 | 細分類病名 | 34 31から33までに掲げるもののほか、免疫調節障害 |
| | | 具体的な疾患名 | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載

| | | | |
|-----------|----------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 現在の 症状 | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシスティス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL |
| | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL |
| | | IgG2 () mg/dL |
| | | IgG3 () mg/dL |
| | | IgG4 () mg/dL |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL |
| | | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒビター活性 () % | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | |
| | 血液型検査 | オモチ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) |
| | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | |
| | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) |
| | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) |
| | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | |
| CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | |
| NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | 測定結果 (cpm ・ SI) | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

その他の現在の所見など

4. 経過

該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など)

現在の治療

薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ()))

治療の過去の検査など

入院加療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))

抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))

ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))

真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))

| | | | | |
|-----------|------------|---------|------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 4 免疫調節障害 | 細分類病名 | 34 | 31から33までに掲げるもののほか、免疫調節障害 |
| | | 具体的な疾患名 | | |

5. 今後の療法方針

| | |
|--------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
| 治療見込期間 | 入院 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | |
|----------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 35 重症先天性好中球減少症 |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------|--|----------------|----------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱 (なし ・ あり)</td> <td>発疹 (なし ・ あり)</td> <td>出血斑 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失 (なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹 (なし ・ あり)</td> <td>肝腫大 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫 (なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍 (なし ・ あり)</td> <td>関節炎 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎 (なし ・ あり)</td> <td>下痢 (なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良 (なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性 (なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往 (なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍 (なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり)</td> <td></td> <td>抗酸菌感染 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 (なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患 (なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | |
| 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|--|--------------------|-----------------------------------|--|--------------|----------------------------------|-----------------|---------------|----------------------------------|------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|--|----------------|----------------|--|----------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|------------------------------|--|--|------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|--|-------------------------------|--|--|--|----------|------------|--|--------------------|------------|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|---------------------------|--|--|--------------|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数 () /μL</td> <td>白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率 () %</td> <td>赤血球数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン () g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット () %</td> <td>血小板数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV () fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン () ng/dL</td> <td>IgG () mg/dL</td> <td>IgA () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM () mg/dL</td> <td>IgE () IU/dL</td> <td>IgD () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス IgG1 () mg/dL</td> <td></td> <td>IgG2 () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td> <td>IgG4 () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>C₃ () mg/dL</td> <td>C₄ () mg/dL</td> <td>CH₅₀ () U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性 () %</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比 ()</td> <td>T細胞絶対数 () /μL</td> <td>B細胞絶対数 () /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数 () /μL</td> <td>NK活性 () %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>測定結果 ()</td> <td>cpm ・ SI)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>基準値またはControl値 ()</td> <td>cpm ・ SI)</td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査 ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | C1qインヒター活性 () % | | | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | 測定結果 () | cpm ・ SI) | | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI) | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | HIV 抗原検査 () | |
| 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 10 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 35 | 重症先天性好中球減少症 |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | |
|----------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg 母の生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 36 周期性好中球減少症 |

1. 臨床所見

| | | | |
|---------------|--------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |

2. 検査所見

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 血液検査 | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒビター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 (cpm ・ SI) | |
| | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | |
|---|--|
| 現在 の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 9 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 36 | 周期性好中球減少症 |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | |
|----------------------|---------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 37 35及び36に掲げるもののほか、慢性的経過をたどる好中球減少症 |
| | | 具体的な疾患名 | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

| | | | |
|-----------|----------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシスティス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |

2. 検査所見

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|----------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査 等の 結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL IgG2 () mg/dL IgG3 () mg/dL IgG4 () mg/dL | | |
| | C ₃ () mg/dL C ₄ () mg/dL CH ₅₀ () U/mL | | |
| | C1qインヒビター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 オモチ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 (cpm ・ SI) | |
| | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | |
|-----------------------|--|--|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | |
| 治療 過去の 主な 検査 | 入院加療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | |
| | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | |
| | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | |
| | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | |

| | | | | |
|-----------|---------------------|---------|------|---------------------------------|
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 37 | 35及び36に掲げるもののほか、慢性の経過をたどる好中球減少症 |
| | | 具体的な疾患名 | | |

5. 今後の療法方針

| | |
|--------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
| 治療見込期間 | 入院 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|---------------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 38 | 白血球接着不全症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|------|-----------|--|--|--|----------------|------|-----------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2</td><td>() mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4</td><td>() mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 | () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | IgG4 | () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | | | | |
|---------------------|---|-------------------------|---|--------------------------|------|----------------|--|
| 告示番号 13 | | 免疫疾患 | | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | | 2/2 | |
| 受給者番号 () | | | | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 大分類病名 | 5 | 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | | 細分類病名 | 38 | 白血球接着不全症 | |
| 5. 今後の療方針 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | | | |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) | | | | | |
| 上記の通り診断します。 | | | | | | | |
| 医療機関名 および 所在地 | | | | 科 | | | |
| 平成 | 年 | 月 | 日 | 医師名 | | 印 | |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|---------------------|--------------------------|-------|---------------------------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 39 | シウワツハン・ダイヤモンド (Shwachman-Diamond) 症候群 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|--|
| 告示番号 | 12 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 39 | シュワッハマン・ダイヤモンド (Shwachman-Diamond) 症候群 |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | |
|-----------|---------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県※1 | 出生体重 g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長※2 | cm | 現在の体重※2 | kg 母の生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 40 慢性肉芽腫症 |

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載

| | | | |
|---------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症 状 | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |

その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)
 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載

| | | | |
|---|--|---|---------------------------|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | IgG3 () mg/dL |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | C ₃ () mg/dL |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒター活性 () % | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | |
| | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | 測定結果 () cpm ・ SI) 基準値またはControl値 () cpm ・ SI) | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

その他の現在の所見など 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

4. 経過

該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など)

| | |
|------------|---|
| 現在の治療 | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療去の主な検査など | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) |

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 14 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 40 | 慢性肉芽腫症 |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|---------------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 41 | ミエロペルオキシダーゼ欠損症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|---------------------|-------|-------------------|
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 41 ミエロペルオキシダーゼ欠損症 |
|-------|---------------------|-------|-------------------|

5. 今後の療方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|---|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
|------|---|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | |
|-----------|---------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県※1 | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長※2 | cm | 現在の体重※2 | kg 母の生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 42 メンデル遺伝型マイコバクテリア易感染症 |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------|--|----------------|----------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱 (なし ・ あり)</td> <td>発疹 (なし ・ あり)</td> <td>出血斑 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失 (なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹 (なし ・ あり)</td> <td>肝腫大 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫 (なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘤 (なし ・ あり)</td> <td>関節炎 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎 (なし ・ あり)</td> <td>下痢 (なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良 (なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性 (なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往 (なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍 (なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり)</td> <td></td> <td>抗酸菌感染 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 (なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患 (なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | |
| 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|--|--------------------|-----------------------------------|--|--------------|----------------------------------|-----------------|---------------|----------------------------------|------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------|----------------|----------------|--|----------------|----------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------|--|--|-----------------------------|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|---|--|------------------------------|--|--|------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|--|-------------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|---------------------------|--|--|--------------|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査 等の 結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数 () /μL</td> <td>白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率 () %</td> <td>赤血球数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン () g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット () %</td> <td>血小板数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV () fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン () ng/dL</td> <td>IgG () mg/dL</td> <td>IgA () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM () mg/dL</td> <td>IgE () IU/dL</td> <td>IgD () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td> <td>IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2 () mg/dL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4 () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>C₃ () mg/dL</td> <td>C₄ () mg/dL</td> <td>CH₅₀ () U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒビター活性 () %</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td> <td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td> <td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比 ()</td> <td>T細胞絶対数 () /μL</td> <td>B細胞絶対数 () /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数 () /μL</td> <td>NK活性 () %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>測定結果 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>基準値またはControl値 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査 ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | C1qインヒビター活性 () % | | | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | HIV 抗原検査 () | |
| 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒビター活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | | |
|-------|---------------------|-------|----|---------------------|
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 42 | メンデル遺伝型マイコバクテリア易感染症 |
|-------|---------------------|-------|----|---------------------|

5. 今後の療方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|---|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
|------|---|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|---------------------|--------------------------|-------|---------------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 43 | 38から42までに掲げるもののほか、白血球機能異常 | |
| | | 具体的な疾患名 | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

| | | | | | | |
|-----------|--------------------------------|----------------------|-----------------------|--|--|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | |
| | 身体所見 | | | | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | |
| | 疾患歴 | | | | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------|--|--|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査 等の 結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | |
| | 血液検査 | | | | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | | |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | | |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | | |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | | |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | | |
| | C1qインヒビター活性 () % | | | | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | | |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | |
| | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | |
| | HIV 抗原検査 () | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | |
|-----------------------|--|--|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | |
| 治療 過去の 主な 検査 | 入院加療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | |
| | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | |
| | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | |
| | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | |

| | | | | |
|-----------|---------------------|---------|------|---------------------------|
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 5 原発性食細胞機能不全症および欠損症 | 細分類病名 | 43 | 38から42までに掲げるもののほか、白血球機能異常 |
| | | 具体的な疾患名 | | |

5. 今後の療法方針

| | |
|--------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
| 治療見込期間 | 入院 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | |
|----------------------|------------|---------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 6 自然免疫異常 | 細分類病名 | 44 免疫不全を伴う無汗性外胚葉形成異常症 |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------|--|----------------|----------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱 (なし ・ あり)</td> <td>発疹 (なし ・ あり)</td> <td>出血斑 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失 (なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹 (なし ・ あり)</td> <td>肝腫大 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫 (なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍 (なし ・ あり)</td> <td>関節炎 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎 (なし ・ あり)</td> <td>下痢 (なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良 (なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性 (なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往 (なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍 (なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり)</td> <td></td> <td>抗酸菌感染 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 (なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患 (なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | |
| 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|--|--------------------|-----------------------------------|--|--------------|----------------------------------|-----------------|---------------|----------------------------------|------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|----------------|--|----------------|----------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|------------------------------|--|--|------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|--|-------------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|---------------------------|--|--|--------------|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数 () /μL</td> <td>白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率 () %</td> <td>赤血球数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン () g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット () %</td> <td>血小板数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV () fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン () ng/dL</td> <td>IgG () mg/dL</td> <td>IgA () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM () mg/dL</td> <td>IgE () IU/dL</td> <td>IgD () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C₃ () mg/dL</td> <td>C₄ () mg/dL</td> <td>CH₅₀ () U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性 () %</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比 ()</td> <td>T細胞絶対数 () /μL</td> <td>B細胞絶対数 () /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数 () /μL</td> <td>NK活性 () %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>測定結果 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>基準値またはControl値 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査 ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | C1qインヒター活性 () % | | | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | HIV 抗原検査 () | |
| 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | | |
|---------------------|---|-------------------------|--------------------------|------|--------------------|
| 告示番号 | 24 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 | |
| 受給者番号 () | | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 6 | 自然免疫異常 | 細分類病名 | 44 | 免疫不全を伴う無汗性外胚葉形成異常症 |
| 5. 今後の療の方針 | | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) | | | |
| 上記の通り診断します。 | | | | | |
| 医療機関名 および 所在地 | | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医師名 | | | 科 印 | |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 6 自然免疫異常 | 細分類病名 | 45 | IRAK4欠損症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | |
|---------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|--|--|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | |
| | 身体所見 | | | | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | |
| | 疾患歴 | | | | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | |
| | 白血球数 () / μ L 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) 網赤血球比率 () % 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L ヘモグロビン () g/dL ヘマトクリット () % 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L MPV () fL フェリチン () ng/dL IgG () mg/dL IgA () mg/dL IgM () mg/dL IgE () IU/dL IgD () mg/dL IgGサブクラス IgG1 () mg/dL IgG2 () mg/dL IgG3 () mg/dL IgG4 () mg/dL C ₃ () mg/dL C ₄ () mg/dL CH ₅₀ () U/mL C1qインヒビター活性 () % その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) CD4/8比 () T細胞絶対数 () / μ L B細胞絶対数 () / μ L NK細胞絶対数 () / μ L NK活性 () % PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) 測定結果 (cpm ・ SI) 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) HIV 抗原検査 () | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | |
|---|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|----------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|----------------|

| | | | |
|-------|----------|-------|-------------|
| 大分類病名 | 6 自然免疫異常 | 細分類病名 | 45 IRAK4欠損症 |
|-------|----------|-------|-------------|

5. 今後の療方方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|---|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
|------|---|

| | | |
|--------|----|-------------------------|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | |
|----------------------|------------|---------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 6 自然免疫異常 | 細分類病名 | 46 MyD88欠損症 |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------|--|----------------|----------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱 (なし ・ あり)</td> <td>発疹 (なし ・ あり)</td> <td>出血斑 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失 (なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹 (なし ・ あり)</td> <td>肝腫大 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫 (なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍 (なし ・ あり)</td> <td>関節炎 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎 (なし ・ あり)</td> <td>下痢 (なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良 (なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性 (なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往 (なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍 (なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり)</td> <td></td> <td>抗酸菌感染 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 (なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患 (なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | |
| 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|--|--------------------|-----------------------------------|--|--------------|----------------------------------|-----------------|---------------|----------------------------------|------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|----------------|--|----------------|----------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|------------------------------|--|--|------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|--|-------------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|---------------------------|--|--|--------------|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数 () /μL</td> <td>白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率 () %</td> <td>赤血球数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン () g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット () %</td> <td>血小板数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV () fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン () ng/dL</td> <td>IgG () mg/dL</td> <td>IgA () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM () mg/dL</td> <td>IgE () IU/dL</td> <td>IgD () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C₃ () mg/dL</td> <td>C₄ () mg/dL</td> <td>CH₅₀ () U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性 () %</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比 ()</td> <td>T細胞絶対数 () /μL</td> <td>B細胞絶対数 () /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数 () /μL</td> <td>NK活性 () %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>測定結果 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>基準値またはControl値 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査 ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | C1qインヒター活性 () % | | | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | HIV 抗原検査 () | |
| 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 23 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 6 自然免疫異常 | 細分類病名 | 46 | MyD88欠損症 |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-------|------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 6 自然免疫異常 | 細分類病名 | 47 | 慢性皮膚粘膜カンジダ症 | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治療 過去の 主な 検査 など | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 22 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 6 自然免疫異常 | 細分類病名 | 47 | 慢性皮膚粘膜カンジダ症 |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | |
|----------------------|------------|---------------------------|-----------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 6 自然免疫異常 | 細分類病名 | 48 44から47までに掲げるもののほか、自然免疫異常 |
| | | 具体的な疾患名 | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 発熱 (なし ・ あり) 色素脱失 (なし ・ あり) 脾腫 (なし ・ あり) 口内炎 (なし ・ あり) 疾患歴 易感染性 (なし ・ あり) 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) アレルギー疾患 (なし ・ あり) その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | 発疹 (なし ・ あり) リンパ節腫脹 (なし ・ あり) 腹部腫瘍 (なし ・ あり) 下痢 (なし ・ あり) 中耳炎の既往 (なし ・ あり) ニューモシスティス肺炎 (なし ・ あり) 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) 肝腫大 (なし ・ あり) 関節炎 (なし ・ あり) 体重増加不良 (なし ・ あり) 肺炎の既往 (なし ・ あり) 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) 抗酸菌感染 (なし ・ あり) 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |

2. 検査所見

| | | | |
|---|---|--|---|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L 網赤血球比率 () % ヘマトクリット () % フェリチン () ng/dL IgM () mg/dL IgGサブクラス IgG1 () mg/dL IgG3 () mg/dL C ₃ () mg/dL C1qインヒビター活性 () % その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) 血液型検査 オモチ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) CD4/8比 () NK細胞絶対数 () / μ L PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) 測定結果 (cpm ・ SI) 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) HIV 抗原検査 () | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L IgG () mg/dL IgE () IU/dL IgG2 () mg/dL IgG4 () mg/dL C ₄ () mg/dL CH ₅₀ () U/mL | ヘモグロビン () g/dL MPV () fL IgA () mg/dL IgD () mg/dL |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | |
|-----------------------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療 過去の 主な 検査 | 入院加療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

| | | | | |
|-----------|------------|---------|------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 6 自然免疫異常 | 細分類病名 | 48 | 44から47までに掲げるもののほか、自然免疫異常 |
| | | 具体的な疾患名 | | |

5. 今後の療の方針

| | |
|--------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
| 治療見込期間 | 入院 年 月 日 から 年 月 日 まで 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | |
|----------------------|------------|---------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 7 先天性補体欠損症 | 細分類病名 | 49 先天性補体欠損症 |

1. 臨床所見

| | | | |
|-----------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |

2. 検査所見

| | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 (cpm ・ SI) | |
| | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | |
|-----------------------------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療 過去の 主な 検査 など | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

受給者番号 ()

| | | | | |
|----|------------|-----|------|------------------------------------|
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
|----|------------|-----|------|------------------------------------|

| | | | |
|-------|------------|-------|-------------|
| 大分類病名 | 7 先天性補体欠損症 | 細分類病名 | 49 先天性補体欠損症 |
|-------|------------|-------|-------------|

5. 今後の療方針

| | |
|-------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
|-------|---|

| | |
|------|---|
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 |
|------|---|

| | | |
|--------|----|---|
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 | 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-------|-----------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | | |
| 大分類病名 | 7 先天性補体欠損症 | 細分類病名 | 50 | 遺伝性血管性浮腫 (C1インヒター欠損症) | |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------|-------------|-----------|-------------|--|----|-------------|----|-------------|-----|-------------|------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|----|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|--|--|-------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|------|-------------|--------|--------------------|--|--|--|--|-----|--------------------|--|--|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>発疹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>出血斑</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肝腫大</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>関節炎</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>下痢</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化</td><td>(なし ・ あり)</td> <td></td><td></td> <td>抗酸菌感染</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患</td><td>(なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍</td><td>(なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>家族歴</td><td>(なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | |
| 発熱 | (なし ・ あり) | 発疹 | (なし ・ あり) | 出血斑 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 | (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 | (なし ・ あり) | 肝腫大 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 | (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 | (なし ・ あり) | 関節炎 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 | (なし ・ あり) | 下痢 | (なし ・ あり) | 体重増加不良 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 | (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 | (なし ・ あり) | 肺炎の既往 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 | (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 | (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 | (なし ・ あり) | | | 抗酸菌感染 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 | (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 | (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 | (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|-----------------------------|------------------|---------------|--|------|---------------|-------|-----------------------------|--|--|--------|-------|------|-----------------------------|--------|----------|---------|-------|------|-----------------------------|-----|--------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----------|----------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|----------------|--|--|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|----------|------------|-------|--|--|--|--|---------|---------------------|--|--|--|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|--------|-----|--------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|------|-------|--|--|--------|------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--------------------|--|--|----------|--|---------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|-------|---------------------|--|--|--|--|----------|-----|--|--|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数</td><td>() /μL</td> <td>白血球分画</td><td>(好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率</td><td>() %</td> <td>赤血球数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン</td><td>() g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td><td>() %</td> <td>血小板数</td><td>() $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV</td><td>() fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン</td><td>() ng/dL</td> <td>IgG</td><td>() mg/dL</td> <td>IgA</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM</td><td>() mg/dL</td> <td>IgE</td><td>() IU/dL</td> <td>IgD</td><td>() mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス</td><td>IgG1 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>IgG3 () mg/dL</td> <td></td><td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C₃</td><td>() mg/dL</td> <td>C₄</td><td>() mg/dL</td> <td>CH₅₀</td><td>() U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査</td><td>オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価</td><td>EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価</td><td>(未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比</td><td>()</td> <td>T細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>B細胞絶対数</td><td>() /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数</td><td>() /μL</td> <td>NK活性</td><td>() %</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応</td><td>(未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>測定結果 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>基準値またはControl値 ()</td> <td></td><td></td> <td>cpm ・ SI</td><td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査</td><td>(未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査</td><td>()</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | C1qインヒター活性 | () % | | | | | その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | HIV 抗原検査 | () | | | |
| 白血球数 | () / μ L | 白血球分画 | (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 | () % | 赤血球数 | () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン | () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット | () % | 血小板数 | () $\times 10^4$ / μ L | MPV | () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン | () ng/dL | IgG | () mg/dL | IgA | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM | () mg/dL | IgE | () IU/dL | IgD | () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス | IgG1 () mg/dL | | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IgG3 () mg/dL | | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ | () mg/dL | C ₄ | () mg/dL | CH ₅₀ | () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 | オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 | EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 | (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 | () | T細胞絶対数 | () / μ L | B細胞絶対数 | () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 | () / μ L | NK活性 | () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 | (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | | | cpm ・ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 | (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------|---|----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | | | | | |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化</td><td>(なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 | (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|-------------|---|----------|--------------------------|-----------------------|
| 告示番号 | 26 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 7 先天性補体欠損症 | 細分類病名 | 50 | 遺伝性血管性浮腫 (C1インヒター欠損症) |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | | 科 | 印 |
| | 医師名 | | | |
| | 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | |

| | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|-----------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 7 先天性補体欠損症 | 細分類病名 | 51 49及び50に掲げるもののほか、先天性補体欠損症 |
| | | 具体的な疾患名 | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 発熱 (なし ・ あり) 色素脱失 (なし ・ あり) 脾腫 (なし ・ あり) 口内炎 (なし ・ あり) 疾患歴 易感染性 (なし ・ あり) 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) アレルギー疾患 (なし ・ あり) その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | 発疹 (なし ・ あり) リンパ節腫脹 (なし ・ あり) 腹部腫瘍 (なし ・ あり) 下痢 (なし ・ あり) 中耳炎の既往 (なし ・ あり) ニューモシスティス肺炎 (なし ・ あり) 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) 肝腫大 (なし ・ あり) 関節炎 (なし ・ あり) 体重増加不良 (なし ・ あり) 肺炎の既往 (なし ・ あり) 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) 抗酸菌感染 (なし ・ あり) 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |

2. 検査所見

| | | | |
|---|---|--|---|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査 等の 結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L 網赤血球比率 () % ヘマトクリット () % フェリチン () ng/dL IgM () mg/dL IgGサブクラス IgG1 () mg/dL IgG3 () mg/dL C ₃ () mg/dL C1qインヒビター活性 () % その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) 血液型検査 オモチ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) CD4/8比 () NK細胞絶対数 () / μ L PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 測定結果 (cpm ・ SI) 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) HIV 抗原検査 () | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L IgG () mg/dL IgE () IU/dL IgG2 () mg/dL IgG4 () mg/dL C ₄ () mg/dL CH ₅₀ () U/mL | ヘモグロビン () g/dL MPV () fL IgA () mg/dL IgD () mg/dL |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | |
|-----------------------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療 過去の 主な 検査 | 入院加療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

| | | | | | |
|-----------|------------|-------|---------|--------------------------|-------------|
| 受給者番号 () | | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 | 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 7 先天性補体欠損症 | 細分類病名 | 51 | 49及び50に掲げるもののほか、先天性補体欠損症 | |
| | | | 具体的な疾患名 | | |

5. 今後の療法方針

| | |
|--------|---|
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 |
| 治療見込期間 | 入院 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで (月 回) |

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

| | | | |
|----------------------|------------|---------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 8 好酸球増加症 | 細分類病名 | 52 好酸球増加症 |

1. 臨床所見

| | | | |
|-----------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘍 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |

2. 検査所見

| | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒビター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 (cpm ・ SI) | |
| | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | |
|-----------------------------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療 過去の 主な 検査 など | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 18 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 8 好酸球増加症 | 細分類病名 | 52 | 好酸球増加症 |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------|-------|--------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 | g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} | kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 | |
| 大分類病名 | 9 慢性活動性EBウイルス感染症 | 細分類病名 | 53 | 慢性活動性EBウイルス感染症 |

1. 臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には()内に記載

身体所見

発熱 (なし ・ あり) 発疹 (なし ・ あり) 出血斑 (なし ・ あり)
 色素脱失 (なし ・ あり) リンパ節腫脹 (なし ・ あり) 肝腫大 (なし ・ あり)
 脾腫 (なし ・ あり) 腹部腫瘍 (なし ・ あり) 関節炎 (なし ・ あり)
 口内炎 (なし ・ あり) 下痢 (なし ・ あり) 体重増加不良 (なし ・ あり)

疾患歴

易感染性 (なし ・ あり) 中耳炎の既往 (なし ・ あり) 肺炎の既往 (なし ・ あり)
 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) ニューモシステイス肺炎 (なし ・ あり) 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり)
 ウイルス感染(水痘など)の重症化 (なし ・ あり) 抗酸菌感染 (なし ・ あり)
 アレルギー疾患 (なし ・ あり) 自己免疫疾患 (なし ・ あり) 悪性腫瘍 (なし ・ あり)
 その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)
 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)

2. 検査所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には()内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載

白血球数 () / μ L 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)
 網赤血球比率 () % 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L ヘモグロビン () g/dL
 ヘマトクリット () % 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L MPV () fL
 フェリチン () ng/dL IgG () mg/dL IgA () mg/dL
 IgM () mg/dL IgE () IU/dL IgD () mg/dL
 IgGサブクラス IgG1 () mg/dL IgG2 () mg/dL
 IgG3 () mg/dL IgG4 () mg/dL
 C₃ () mg/dL C₄ () mg/dL CH₅₀ () U/mL
 C1qインヒビター活性 () %
 その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)
 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)
 ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)
 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())
 EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())
 EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())
 EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())
 その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)
 CD4/8比 () T細胞絶対数 () / μ L B細胞絶対数 () / μ L
 NK細胞絶対数 () / μ L NK活性 () %
 PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ())
 測定結果 (cpm ・ SI)
 基準値またはControl値 (cpm ・ SI)
 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
 リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
 骨髄検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)
 HIV 抗原検査 ()

3. その他の所見

合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)

その他の現在の所見など

4. 経過

該当するものに○をつけ、必要な場合は()内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など)

現在の治療

薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与(用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ()))

治療去の主な検査など

入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))
 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))
 ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))
 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | | |
|---------------|---|---------------------|-----------|----------------|-----|
| 告示番号 | 40 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 | 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 大分類病名 | 9 慢性活動性EBウイルス感染症 | 細分類病名 | 53 | 慢性活動性EBウイルス感染症 | |
| 5. 今後の療方針 | | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) | |
| 上記の通り診断します。 | | | | | |
| | | 医療機関名 および 所在地 | | 科 | |
| 平成 年 月 日 | 医師名 | | 印 | | |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | | |

| | | | |
|----------------------|-------------|---------------------------|----------------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 10 後天性免疫不全症 | 細分類病名 | 54 後天性免疫不全症候群 (HIV感染によるものに限る。) |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------|--|----------------|----------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱 (なし ・ あり)</td> <td>発疹 (なし ・ あり)</td> <td>出血斑 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失 (なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹 (なし ・ あり)</td> <td>肝腫大 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫 (なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘤 (なし ・ あり)</td> <td>関節炎 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎 (なし ・ あり)</td> <td>下痢 (なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良 (なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性 (なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往 (なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍 (なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり)</td> <td></td> <td>抗酸菌感染 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 (なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患 (なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | |
| 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|--|--------------------|-----------------------------------|--|--------------|----------------------------------|-----------------|---------------|----------------------------------|------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|----------------|--|----------------|----------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|------------------------------|--|--|------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|--|-------------------------------|--|--|--|----------|------------|--|--------------------|------------|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|---------------------------|--|--|--------------|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数 () /μL</td> <td>白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率 () %</td> <td>赤血球数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン () g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット () %</td> <td>血小板数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV () fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン () ng/dL</td> <td>IgG () mg/dL</td> <td>IgA () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM () mg/dL</td> <td>IgE () IU/dL</td> <td>IgD () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C₃ () mg/dL</td> <td>C₄ () mg/dL</td> <td>CH₅₀ () U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性 () %</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比 ()</td> <td>T細胞絶対数 () /μL</td> <td>B細胞絶対数 () /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数 () /μL</td> <td>NK活性 () %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>測定結果 ()</td> <td>cpm ・ SI)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>基準値またはControl値 ()</td> <td>cpm ・ SI)</td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査 ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | C1qインヒター活性 () % | | | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | 測定結果 () | cpm ・ SI) | | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI) | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | HIV 抗原検査 () | |
| 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 () | cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 () | cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| 現在の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) | | | | |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) | | | | |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | <table border="0"> <tr> <td>入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> <tr> <td>真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))</td> </tr> </table> | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |
| 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |
| 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|-----------------------------|
| 告示番号 | 19 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 10 後天性免疫不全症 | 細分類病名 | 54 | 後天性免疫不全症候群 (HIV感染によるものに限る。) |
| 5. 今後の療法方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | |
|----------------------|-------------|---------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 10 後天性免疫不全症 | 細分類病名 | 55 後天的な免疫系障害による免疫不全症 |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

| | | | |
|-----------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 現在の 症状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | |
| | 身体所見 | | |
| | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) |
| | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) |
| | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) |
| | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) |
| | 疾患歴 | | |
| | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) |
| | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) |
| | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) |
| | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) |
| | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |
| | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | |

2. 検査所見

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------|
| 診断の 根拠と なった 主な 検査 等の 結果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | |
| | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | |
| | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL |
| | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL |
| | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL |
| | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL |
| | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | |
| | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | |
| | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL |
| | C1qインヒビター活性 () % | | |
| | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | |
| | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | |
| | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | |
| | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L |
| | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | |
| | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | |
| | | 測定結果 (cpm ・ SI) | |
| | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | |
| | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | |
| | HIV 抗原検査 () | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経過

| | |
|-----------------------------|---|
| 現在の 治療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治療 過去の 主な 検査 など | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上)) |

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|-------------------|
| 告示番号 | 20 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 10 後天性免疫不全症 | 細分類病名 | 55 | 後天的な免疫系障害による免疫不全症 |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |

| | | | |
|----------------------|--------------|---------------------------|--------------------------|
| 受給者番号 () | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :) | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 出生都道府県 ^{※1} | | 出生体重 g | 出生週数 在胎 週 |
| 現在の身長 ^{※2} | cm | 現在の体重 ^{※2} kg | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 発病 | 年 月 頃 | 初診日 | 年 月 日 |
| 大分類病名 | 11 慢性移植片対宿主病 | 細分類病名 | 56 慢性移植片対宿主病 |

1. 臨床所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------|--|----------------|----------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|
| 現在の 症 状 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>身体所見</p> <table border="0"> <tr> <td>発熱 (なし ・ あり)</td> <td>発疹 (なし ・ あり)</td> <td>出血斑 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>色素脱失 (なし ・ あり)</td> <td>リンパ節腫脹 (なし ・ あり)</td> <td>肝腫大 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>脾腫 (なし ・ あり)</td> <td>腹部腫瘤 (なし ・ あり)</td> <td>関節炎 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>口内炎 (なし ・ あり)</td> <td>下痢 (なし ・ あり)</td> <td>体重増加不良 (なし ・ あり)</td> </tr> </table> <p>疾患歴</p> <table border="0"> <tr> <td>易感染性 (なし ・ あり)</td> <td>中耳炎の既往 (なし ・ あり)</td> <td>肺炎の既往 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>皮膚膿瘍 (なし ・ あり)</td> <td>ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり)</td> <td>皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり)</td> <td></td> <td>抗酸菌感染 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 (なし ・ あり)</td> <td>自己免疫疾患 (なし ・ あり)</td> <td>悪性腫瘍 (なし ・ あり)</td> </tr> <tr> <td>その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | |
| 発熱 (なし ・ あり) | 発疹 (なし ・ あり) | 出血斑 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 色素脱失 (なし ・ あり) | リンパ節腫脹 (なし ・ あり) | 肝腫大 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾腫 (なし ・ あり) | 腹部腫瘤 (なし ・ あり) | 関節炎 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口内炎 (なし ・ あり) | 下痢 (なし ・ あり) | 体重増加不良 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 易感染性 (なし ・ あり) | 中耳炎の既往 (なし ・ あり) | 肺炎の既往 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚膿瘍 (なし ・ あり) | ニューモシテイス肺炎 (なし ・ あり) | 皮膚粘膜カンジダ症 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウイルス感染 (水痘など) の重症化 (なし ・ あり) | | 抗酸菌感染 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー疾患 (なし ・ あり) | 自己免疫疾患 (なし ・ あり) | 悪性腫瘍 (なし ・ あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 (なし ・ あり → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 検査所見

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|--|--------------------|-----------------------------------|--|--------------|----------------------------------|-----------------|---------------|----------------------------------|------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|----------------|--|----------------|----------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|------------------------------|--|--|------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|--|-------------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|---------------------------|--|--|--------------|--|
| 診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果 | 該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 (数値を用いて具体的に) 継続は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>白血球数 () /μL</td> <td>白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>網赤血球比率 () %</td> <td>赤血球数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>ヘモグロビン () g/dL</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット () %</td> <td>血小板数 () $\times 10^4$ /μL</td> <td>MPV () fL</td> </tr> <tr> <td>フェリチン () ng/dL</td> <td>IgG () mg/dL</td> <td>IgA () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgM () mg/dL</td> <td>IgE () IU/dL</td> <td>IgD () mg/dL</td> </tr> <tr> <td>IgGサブクラス IgG1 () mg/dL</td> <td>IgG2 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IgG3 () mg/dL</td> <td>IgG4 () mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C₃ () mg/dL</td> <td>C₄ () mg/dL</td> <td>CH₅₀ () U/mL</td> </tr> <tr> <td>C1qインヒター活性 () %</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CD4/8比 ()</td> <td>T細胞絶対数 () /μL</td> <td>B細胞絶対数 () /μL</td> </tr> <tr> <td>NK細胞絶対数 () /μL</td> <td>NK活性 () %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ())</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>測定結果 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>基準値またはControl値 (cpm ・ SI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV 抗原検査 ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | C1qインヒター活性 () % | | | その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | HIV 抗原検査 () | |
| 白血球数 () / μ L | 白血球分画 (好中球 %、リンパ球 %、単球 %、好酸球 %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 網赤血球比率 () % | 赤血球数 () $\times 10^4$ / μ L | ヘモグロビン () g/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘマトクリット () % | 血小板数 () $\times 10^4$ / μ L | MPV () fL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フェリチン () ng/dL | IgG () mg/dL | IgA () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgM () mg/dL | IgE () IU/dL | IgD () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgGサブクラス IgG1 () mg/dL | IgG2 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IgG3 () mg/dL | IgG4 () mg/dL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ₃ () mg/dL | C ₄ () mg/dL | CH ₅₀ () U/mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1qインヒター活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の補体値 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型検査 オモテ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ウラ試験 (未実施 ・ 実施 → A型 ・ B型 ・ AB型 ・ O型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻疹特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBウイルス抗体価 EBV VCA IgG (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV VCA IgM (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EBV EBNA (未実施 ・ 実施 → 測定法 () 抗体価 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特異抗体価 (未実施 ・ 実施 → 詳細 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD4/8比 () | T細胞絶対数 () / μ L | B細胞絶対数 () / μ L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NK細胞絶対数 () / μ L | NK活性 () % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHA 反応 (未実施 ・ 実施 → 測定法 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 測定結果 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基準値またはControl値 (cpm ・ SI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好中球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リンパ球機能検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV 抗原検査 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. その他の所見

| | |
|---------------------|------------------------|
| その他の 現在の 所見など | 合併症 (なし ・ あり → 詳細 :) |
|---------------------|------------------------|

4. 経 過

| | |
|---|---|
| 現 在 の 治 療 | 該当するものに○をつけ、必要な場合は () 内に記載 (これまでに行われた主な治療、検査など) |
| | 薬物療法 (未実施 ・ 実施 → (補充療法 ・ γ グロブリン投与 (用量 g/週) ・ G-CSF療法 ・ IFN- γ 療法 ・ ステロイド薬投与 ・ 免疫抑制剤投与 ・ 抗生剤予防投与 ・ 抗真菌剤予防投与 ・ 抗ウイルス剤予防投与 ・ 造血幹細胞移植 ・ 遺伝子治療 ・ その他 ())) |
| 治 過 療 去 の 主 査 な ど | 入院治療を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 抗生剤点滴静注を要する感染症 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) ウイルス感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) 真菌感染症の重症化 (なし ・ あり → (年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上))) |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

| | | | | |
|---------------|---|----------|--------------------------|----------------|
| 告示番号 | 39 | 免疫疾患 | 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | 2/2 |
| 受給者番号 () | | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (満 歳) |
| 大分類病名 | 11 慢性移植片対宿主病 | 細分類病名 | 56 | 慢性移植片対宿主病 |
| 5. 今後の療方針 | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 () | | | |
| 現状評価 | 一つに○印 : 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明 | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | |
| | 通院 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | (月 回) |
| 上記の通り診断します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | 医療機関名 および 所在地 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | |