

病名 3 アデノシンデアミナーゼ (ADA) 欠損症		受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号		受診日	年 月 日			
ふりがな 氏名 (Alphabet)			(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)	体重 (測定日)	kg (SD)	BMI	
	年 月 日		年 月 日		肥満度 %	
発病時期	年 月 頃	初診日	年 月 日			
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()					
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)			療育手帳	なし ・ あり
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)			
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能			運動制限の必要性		なし ・ あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]	発熱: [なし ・ あり]	リンパ節腫脹: [なし ・ あり]		
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] □ 口内炎: [なし ・ あり]				
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]				
	消化器	肝腫: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり]		
	その他	症状 (その他): ()				
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載						
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]	発熱: [なし ・ あり]	リンパ節腫脹: [なし ・ あり]		
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] □ 口内炎: [なし ・ あり]				
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]				
	消化器	肝腫: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり]		
	その他	症状 (その他): ()				
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
血液検査	白血球数: () / μ L		好中球: () %	リンパ球: () %	単球: () %	
	好酸球: () %	網赤血球: () ‰	赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L	ヘモグロビン (Hb): () g/dL		
	ヘマトクリット (Ht): () %	血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L	血清 IgG: () mg/dL	血清 IgM: () mg/dL	血清 IgA: () mg/dL	
	血清 IgG: () mg/dL	血清 IgM: () mg/dL	血清 IgA: () mg/dL	血清 IgE: () IU/mL	血清 IgG4: () mg/dL	
	lgG サブクラス: lgG1: () mg/dL	lgG2: () mg/dL	lgG3: () mg/dL	lgG4: () mg/dL	CH50: () U/mL	
	血液型: オモテ試験 (赤血球抗原): [未実施 ・ A 抗原 ・ B 抗原 ・ A 抗原と B 抗原の両方あり ・ A 抗原、B 抗原どちらもない] ウラ試験 (血清抗体): [未実施 ・ 抗 B 抗体 ・ 抗 A 抗体 ・ 抗 A 抗体、抗 B 抗体どちらもない ・ 抗 A 抗体と抗 B 抗体の両方あり] 抗 A、抗 B 抗体価: ()					
リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験: PHA 反応: [未実施 ・ 実施]		PHA 反応 (検査方法): ()			
	PHA 反応 (測定値): () cpm		PHA 反応 (基準値): () cpm		SI (Stimulation index): ()	
	リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: CD4: () %		CD8: () %	T 細胞 (%): () %	T 細胞絶対数: () / μ L	
	B 細胞 (%): () %	B 細胞絶対数: () / μ L	NK 細胞 (%): () %	NK 細胞絶対数: () / μ L		
	細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()					
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()					
感染症免疫学的検査	麻疹ウイルス抗体価 (NT): () 倍 ・ 未実施		麻疹ウイルス抗体価 (PA): () 倍 ・ 未実施	麻疹ウイルス IgG (EIA): () ・ 未実施		
	EBV VCA IgG (EIA): () ・ 未実施	EBV VCA IgM (EIA): () ・ 未実施	EBV EBNA (EIA): () ・ 未実施			
	EBV VCA IgG (FA): () 倍 ・ 未実施	EBV VCA IgM (FA): () 倍 ・ 未実施	EBV EBNA (FA): () 倍 ・ 未実施			
	HIV 抗原・抗体測定: () 特異的抗体 (その他): ()					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)					
	遺伝子名: ()					
	DNA 変異: () アミノ酸変異: () 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]					

告示番号 **29** 免疫疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ()/μL	好中球: ()%	リンパ球: ()%	単球: ()%
	好酸球: ()%	網赤血球: ()‰	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL
	ヘマトクリット (Ht): ()%	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	血清IgG: ()mg/dL	
	血清IgA: ()mg/dL	血清IgM: ()mg/dL	血清総IgE: ()IU/mL	
	IgGサブクラス: IgG1: ()mg/dL	IgG2: ()mg/dL	IgG3: ()mg/dL	IgG4: ()mg/dL
	CH50: ()U/mL			

血液型: オモテ試験 (赤血球抗原): [未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし]
 ウラ試験 (血清抗体): [未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり]
 抗A、抗B抗体価: ()

リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施]	PHA反応 (検査方法): ()
	PHA反応 (測定値): ()cpm	PHA反応 (基準値): ()cpm SI (Stimulation index): ()
	リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	所見: ()

細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL
	B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL
	細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施]
	所見: ()

骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
 所見: ()

感染症免疫学的検査	麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍・未実施	麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施	麻疹ウイルスIgG (EIA): ()・未実施
	EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施	EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施	EBV EBNA (EIA): ()・未実施
	EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施	EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施	EBV EBNA (FA): ()倍・未実施
	HIV抗原・抗体測定: ()		
	特異的抗体 (その他): ()		

遺伝学的検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
 遺伝子名: ()
 DNA変異: ()
 アミノ酸変異: ()
 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()
既往歴	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] 易感染性: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり] 肺炎: [なし ・ あり] 皮膚膿瘍: [なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症: [なし ・ あり] ニューモシス肺炎: [なし ・ あり] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化: [なし ・ あり] 抗酸菌感染: [なし ・ あり] 既往歴 (その他): ()
治療歴	入院加療を要する感染症: [なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上] 抗菌薬点滴静注を要する感染症: [なし ・ 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 ・ 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 ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 予防投与 (抗菌薬): [なし ・ あり] 予防投与 (抗真菌薬): [なし ・ あり] 予防投与 (抗ウイルス薬): [なし ・ あり] 免疫グロブリン療法: [未実施 ・ 静注 ・ 皮下注] 用量: ()g/週 補充療法: [なし ・ あり] 詳細: ()
遺伝子治療	遺伝子治療: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置: ()
治療	治療 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: () 治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 医療機関住所 _____
 診療科 _____
 医師名 _____ (印)
 小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)