

告示番号		29		免疫疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
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		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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載									
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 (基準値): () cpm		SI (Stimulation index): ()		
	PHA 反応 (測定値): () cpm								
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 (継続申請用) **2/2**

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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()