

| 告示番号 | | 37 | | 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 | 9 MHCクラスⅡ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:()/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 | 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 37 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 () |