

告示番号		38		免疫疾患 ( ) 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
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 (具体的な疾病名: )					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		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	治療・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:( )/μL		好中球:( )%		リンパ球:( )%		単球:( )%		
	好酸球:( )%		網赤血球:( )%		赤血球数:( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン(Hb):( )g/dL		
血液検査	ヘマトクリット(Ht):( )%		血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL		血清IgG:( )mg/dL				
	血清IgA:( )mg/dL		血清IgM:( )mg/dL		血清IgE:( )IU/mL				
	IgGサブクラス:IgG1:( )mg/dL		IgG2:( )mg/dL		IgG3:( )mg/dL		IgG4:( )mg/dL		
	CH50:( )U/mL								
血液検査	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:( )/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	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				
感染症免疫学的検査	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 **38** 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 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL
	ヘマトクリット (Ht): ( )%	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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
	リンパ球機能検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	SI (Stimulation index): ( )
	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: ( )

骨髓検査	骨髓検査: [ 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 ]

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: [ 骨髓 ・ 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 ( \_\_\_\_\_ )