

告示番号 **46** 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	<b>11</b> ウィスコット・オルドリッチ (Wiskott-Aldrich) 症候群					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	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	出血斑:[ なし・あり ]		湿疹:[ なし・間欠的・軽症持続・重症 ]						
	筋・骨格	関節炎:[ なし・あり ]								
	消化器	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 <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	平均血小板容積(MPV):( )fL							
	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	補体値(その他):( )								
	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(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 **46** 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 ( )