

告示番号 **54** 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 | 14 ブルーム (Bloom) 症候群 | | | | | 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 | 低身長 (-2.0SD 以下) : [なし ・ あり] 体重増加不良 : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹 : [なし ・ あり] 性状 : () 日光過敏性紅斑 : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| | その他 | 鳥様顔貌 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : () | | | | | | | | | | | | |
| 臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状 | 全身 | 低身長 (-2.0SD 以下) : [なし ・ あり] 体重増加不良 : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹 : [なし ・ あり] 性状 : () 日光過敏性紅斑 : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| | その他 | 鳥様顔貌 : [なし ・ あり] 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 空腹時血糖 : () mg/dL HbA1c : () % 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 PHA 反応 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 : [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) : () | | | | | | | | | | | | | |
| | 染色体検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : () | | | | | | | | | | | | | |
| | 遺伝子的検査 : [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] | | | | | | | | | | | | | |

告示番号 54 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: ()×10⁴/μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL
ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10⁴/μL 空腹時血糖: ()mg/dL
HbA1c: ()% 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 PHA反応 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
染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
所見: ()
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]
ニューモシスチス肺炎: [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 ()