

告示番号		54		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	14 ブルーム (Bloom) 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	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	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(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		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): ()倍・未実施					
	EBV VCA IgG(EIA): ()倍・未実施		EBV VCA IgM(EIA): ()倍・未実施		EBV EBNA(EIA): ()倍・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]									

告示番号 **54** 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 ()