

告示番号		45		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	15 ICF 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	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	体重増加不良:[なし・あり]				発熱:[なし・あり]					
	消化器	下痢:[なし・あり]									
	その他	眼間開離:[なし・あり]		耳介低位:[なし・あり]			巨舌:[なし・あり]				
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]					
	消化器	下痢:[なし・あり]									
	その他	眼間開離:[なし・あり]		耳介低位:[なし・あり]			巨舌:[なし・あり]				
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 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 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:()					
	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):()										
	染色体検査:[未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()										
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 **45** 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 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			
	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: [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: [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 (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 ()