

|                          |   |  |      |                           |             |              |                      |   |         |               |      |  |  |
|--------------------------|---|--|------|---------------------------|-------------|--------------|----------------------|---|---------|---------------|------|--|--|
| 病名                       | <b>16 PMS2異常症</b>   |  |      |                           |             |              |                      |   |         |               | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |  |
| 受給者番号                    |   |  |      | 受診日                       | 年 月 日       |              |                      |   |         |               |      |  |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |   |  |      |                           |             |              |                      | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>(測定日)   | cm ( SD)                                       |      |                           | 体重<br>(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) ・<br>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 ・<br>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 ]            |      |                           |             |              |                      |   |         |               |      |  |  |
|                          | 皮膚・粘膜   | 発疹: [ なし ・ あり ] 性状: ( )<br>カフェオレ斑: [ 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: ( )%<br>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<br>ヘマトクリット (Ht): ( )% 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL 空腹時血糖: ( )mg/dL<br>HbA1c: ( )% 血清IgG: ( )mg/dL 血清IgA: ( )mg/dL 血清IgM: ( )mg/dL<br>血清総IgE: ( )IU/mL<br>IgGサブクラス: IgG1: ( )mg/dL IgG2: ( )mg/dL IgG3: ( )mg/dL IgG4: ( )mg/dL<br>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 ]<br>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 ]<br>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): ( )<br>PHA反応 (測定値): ( )cpm PHA反応 (基準値): ( )cpm PHA反応 SI (Stimulation index): ( )<br>リンパ球機能検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]<br>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<br>B細胞 (%): ( )% B細胞絶対数: ( )/μL NK細胞 (%): ( )% NK細胞絶対数: ( )/μL<br>細胞表面抗原検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )   |  |      |                           |             |              |                      |   |         |               |      |  |  |
| 骨髄検査                     | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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<br>EBV VCA IgG (EIA): ( ) ・ 未実施 EBV VCA IgM (EIA): ( ) ・ 未実施 EBV EBNA (EIA): ( ) ・ 未実施<br>EBV VCA IgG (FA): ( )倍 ・ 未実施 EBV VCA IgM (FA): ( )倍 ・ 未実施 EBV EBNA (FA): ( )倍 ・ 未実施<br>HIV 抗原・抗体測定: ( )<br>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 )<br>所見: ( )   |  |      |                           |             |              |                      |   |         |               |      |  |  |
|                          | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 遺伝子名: ( )<br>DNA変異: ( )<br>アミノ酸変異: ( )<br>蛋白発現検査: [ 未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損 ]   |  |      |                           |             |              |                      |   |         |               |      |  |  |

**告示番号 53 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 ]<br>詳細：( )  |
| 家族歴 | 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>免疫グロブリン療法：[ 未実施 ・ 静注 ・ 皮下注 ] 用量：( )g/週<br>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 )<br>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 ]<br>HLAアレル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]<br>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 ]<br>前処置：( ) |
| 治療      | 治療 (その他)：( )  |
| 今後の治療方針 | 今後の治療方針：( )<br>治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )<br>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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )