

告示番号		56		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	17 RIDDLE 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	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]						
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: ()											
	精神・神経	発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]					自閉症スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]						
	その他	特徴的な顔貌: [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: () / μ L	好中球: () %	リンパ球: () %	単球: () %	好酸球: () %	網赤血球: () %	赤血球数: () $\times 10^4$ / μ L	ヘモグロビン (Hb): () g/dL	ヘマトクリット (Ht): () %	血小板数: () $\times 10^4$ / μ L	血清IgG: () mg/dL	血清IgE: () IU/mL	
	血清IgA: () mg/dL	血清IgM: () mg/dL	血清IgG1: () mg/dL	血清IgG2: () mg/dL	血清IgG3: () mg/dL	血清IgG4: () mg/dL	CH50: () U/mL	補体値 (その他): ()					
リンパ球機能検査	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: ()												
細胞表面抗原検査	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): ()							
骨髄検査	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: ()							
感染症疫学的検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)					所見: ()							
	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							
遺伝学的検査	EBV VCA IgG (EIA): () ・ 未実施					EBV VCA IgM (EIA): () ・ 未実施							
	EBV VCA IgG (FA): () 倍 ・ 未実施					EBV VCA IgM (FA): () 倍 ・ 未実施							
HIV 抗原・抗体測定: ()					EBV EBNA (EIA): () ・ 未実施								
特異的抗体 (その他): ()					EBV EBNA (FA): () 倍 ・ 未実施								
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 **56** 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アリール一致度: [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 ()