

病名	<b>18 シムケ (Schimke) 症候群</b>										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	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 ]							
	その他	特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ]			不均衡体型: [ なし ・ あり ]			( )					
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 ]							
	その他	特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ]			不均衡体型: [ 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 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL						
ヘマトクリット (Ht): ( )%		血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 (測定値): ( )cpm		PHA反応 (検査方法): ( )		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 ]												

**告示番号 50 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 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL
	ヘマトクリット (Ht)：( )%	血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /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	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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )