

病名	20 高IgE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		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]		リンパ節腫脹: [なし ・ あり]				
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] □内炎: [なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり] 病的骨折: [なし ・ あり]			関節過伸展: [なし ・ あり]		側弯: [なし ・ あり]				
	消化器	肝腫: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]		下痢: [なし ・ あり]				
	その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()			乳歯の脱落遅延: [なし ・ あり]		正中線奇形: [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]		リンパ節腫脹: [なし ・ あり]				
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] □内炎: [なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり] 病的骨折: [なし ・ あり]			関節過伸展: [なし ・ あり]		側弯: [なし ・ あり]				
	消化器	肝腫: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]		下痢: [なし ・ あり]				
	その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()			乳歯の脱落遅延: [なし ・ あり]		正中線奇形: [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				
リンパ球機能検査	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						
	lgGサブクラス: IgG1: ()mg/dL		lgG2: ()mg/dL		lgG3: ()mg/dL		lgG4: ()mg/dL				
	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 (基準値): ()cpm		PHA反応 SI (Stimulation index): ()				
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				
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): ()								
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)						
画像検査	若年成人平均値 (YAM) の80%未満: [なし ・ あり]				同年齢比較: ()%						
	画像検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		気管支拡張症: [なし ・ あり]		肺嚢胞: [なし ・ あり]				
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 **49** 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

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): ()

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	Th17細胞数: [未実施 ・ 実施]	Th17細胞数 (検査方法): ()
	Th17細胞数 (測定値): ()%	

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): ()		

骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	若年成人平均値 (YAM) の80%未満: [なし ・ あり]	同年齢比較: ()%

画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	気管支拡張症: [なし ・ あり]	肺嚢胞: [なし ・ あり]

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]		

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: ()	

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]

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 ()