

病名	<b>20 高IgE症候群</b>			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 ) 年 月 日		体重 (測定日)	kg ( SD ) 年 月 日	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
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
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 ]	口内炎: [ 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 ]		
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L 好中球: ( ) % 好酸球: ( ) % ヘマトクリット (Ht): ( ) % 血清IgA: ( ) mg/dL IgGサブクラス: IgG1: ( ) mg/dL	好中球: ( ) % 網赤血球: ( ) % 血小板数: ( ) $\times 10^4$ / $\mu$ L	リンパ球: ( ) % 赤血球数: ( ) $\times 10^4$ / $\mu$ L	単球: ( ) % ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL 血清IgG: ( ) mg/dL 血清IgM: ( ) mg/dL IgG2: ( ) mg/dL	IgG3: ( ) mg/dL IgG4: ( ) mg/dL 血清総IgE: ( ) IU/mL	
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): ( )			
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: CD4: ( ) % B細胞 (%): ( ) %	CD8: ( ) % B細胞絶対数: ( ) / $\mu$ L	T細胞 (%): ( ) % NK細胞 (%): ( ) %	T細胞絶対数: ( ) / $\mu$ L NK細胞絶対数: ( ) / $\mu$ L		
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 ]					
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					

告示番号 **49** 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**

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：( )
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 ( )	