

<b>告示番号</b>	<b>51</b>	<b>免疫疾患</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/3</b>
-------------	-----------	-------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

<b>病名</b>	<b>22 先天性角化異常症</b>					<b>受付種別</b>	<input type="checkbox"/> 新規
<b>保険情報</b>	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日						
<b>氏名</b>	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)		
<b>住所</b>	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )						
<b>生年月日</b>	年 月 日				<b>性別</b>	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
<b>出生地</b>	都道府県 ( ) 市区町村 ( )						
<b>出生体重</b>	g		<b>出生週数</b>	在胎 週 日			
<b>発症時期</b>	年 月 頃		<b>記載時の年齢</b>	満 歳 か月 日			
<b>現在の身長・体重</b>	<b>身長 (測定日)</b>	cm ( SD)		<b>体重 (測定日)</b>	kg ( SD)		
		年 月 日			年 月 日	<b>BMI</b>	
<b>手帳取得状況</b>	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 )			<b>療育手帳</b>	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 )				
<b>現状評価</b>	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				<b>運動制限の必要性</b>		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 (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</b>							
<b>最終受診日</b>	( 年 月 日 )						
<b>身体所見</b>	小頭症 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]						
<b>症状</b>	<b>全身</b>	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 ]	
	<b>皮膚・粘膜</b>	発疹: [ なし ・ あり ] 性状: ( ) 出血斑: [ なし ・ あり ] 色素脱失: [ なし ・ あり ] 網状色素沈着: [ なし ・ あり ] □内炎: [ なし ・ あり ] 口腔粘膜白斑症: [ なし ・ あり ] 爪の萎縮: [ なし ・ あり ] 頭髪の消失、白髪: [ なし ・ あり ]					
	<b>筋・骨格</b>	関節炎: [ なし ・ あり ]					
	<b>内分泌・代謝</b>	骨粗鬆症: [ なし ・ あり ]					
	<b>消化器</b>	肝腫: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ なし ・ あり ]		下痢: [ なし ・ あり ] 食道狭窄: [ なし ・ あり ]	
	<b>精神・神経</b>	小脳性運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					
	<b>その他</b>	歯牙異常: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )					
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>							
<b>身体所見</b>	小頭症 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]						
<b>症状</b>	<b>全身</b>	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 ]	
	<b>皮膚・粘膜</b>	発疹: [ なし ・ あり ] 性状: ( ) 出血斑: [ なし ・ あり ] 色素脱失: [ なし ・ あり ] 網状色素沈着: [ なし ・ あり ] □内炎: [ なし ・ あり ] 口腔粘膜白斑症: [ なし ・ あり ] 爪の萎縮: [ なし ・ あり ] 頭髪の消失、白髪: [ なし ・ あり ]					
	<b>筋・骨格</b>	関節炎: [ なし ・ あり ]					
	<b>内分泌・代謝</b>	骨粗鬆症: [ なし ・ あり ]					
	<b>消化器</b>	肝腫: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ なし ・ あり ]		下痢: [ なし ・ あり ] 食道狭窄: [ なし ・ あり ]	
	<b>精神・神経</b>	小脳性運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					
	<b>その他</b>	歯牙異常: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )					
<b>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</b>							
<b>血液検査</b>	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		
	ヘマトクリット (Ht): ( )%		血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL		
	AST: ( )U/L		ALT: ( )U/L		血清総ビリルビン (T-Bil): ( )mg/dL		
	血清IgA: ( )mg/dL		血清IgM: ( )mg/dL		血清IgG: ( )mg/dL		
					血清総IgE: ( )IU/mL		
<b>リンパ球機能検査</b>	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 SI (Stimulation index): ( )		
	PHA反応 (測定値): ( )cpm		PHA反応 (基準値): ( )cpm				
<b>細胞表面抗原検査</b>	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		
<b>骨髄検査</b>	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )						
	所見: ( )						
<b>画像検査</b>	CT検査 (胸部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )						
	所見: ( )						

告示番号 **51** 免疫疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

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 ] テロメア長測定: ( )SD		
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 血清総ビリルビン (T-Bil): ( )mg/dL AST: ( )U/L ALT: ( )U/L 血清IgG: ( )mg/dL 血清IgA: ( )mg/dL 血清IgM: ( )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 (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		
骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
画像検査	CT検査 (胸部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
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 ] テロメア長測定: ( )SD		
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 ] 補充療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( ) 免疫グロブリン療法: [ 未実施 ・ 静注 ・ 皮下注 ] 用量: ( )g/週 アンドロゲン療法: [ なし ・ あり ]		
輸血療法	赤血球輸血: [ なし ・ あり ] 血小板輸血: [ なし ・ あり ]		
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		
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 ( )		
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		
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日		
電話番号			
	診療科		
	医師名		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日