

病名	<b>25 高IgM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	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 ]								
	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	症状 (その他): ( )								
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 ]								
	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	症状 (その他): ( )								
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IgG (トラフ値): ( )mg/dL		血清IgA: ( )mg/dL	
	血清IgE: ( )IU/mL		血清IgG1: ( )mg/dL		血清IgG2: ( )mg/dL		血清IgG3: ( )mg/dL		血清IgG4: ( )mg/dL	
CH50: ( )U/mL										
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抗原どちらもない ] 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抗体どちらもない ・ 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: ( )										
骨髓検査	骨髓検査: [ 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	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 **3** 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IgG (トラフ値): ( )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 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	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 ( \_\_\_\_\_ )