

病名	25 高IgM症候群					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)			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(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 ]		口内炎:[ 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(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):( )倍・未実施					
	EBV VCA IgG(EIA):( )倍・未実施		EBV VCA IgM(EIA):( )倍・未実施		EBV EBNA(EIA):( )倍・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 (継続申請用) 2/2**

**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 ( )