

告示番号 44 免疫疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) 1/2

病名 34 31から33までに掲げるもののほか、免疫調節障害 (具体的な疾病名:) 受付種別 継続 転出実施主体名 転入 → ()

受給者番号 受診日 年 月 日 変更があった場合 フリガナ 氏名 (Alphabet) 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) 年 月 日 cm (SD) 体重 (測定日) 年 月 日 kg (SD) 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 治療・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

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] 毛髪の異常:[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] 腸炎:[なし・あり] 精神・神経 小脳性運動失調:[なし・あり・不明] 末梢神経障害:[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:()×10^4/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 白血球巨大顆粒:[なし・あり] 血清IgG:()mg/dL 血清IgA:()mg/dL 血清IgM:()mg/dL 血清総IgE:()IU/mL IgG1:()mg/dL IgG2:()mg/dL IgG3:()mg/dL IgG4:()mg/dL CH50:()U/mL 補体値(その他):() 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 CD3+TCRαβ+CD4-CD8-T細胞:()% 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] 所見(その他):()

告示番号 **44** 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アリール一致度: [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 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)