

| 告示番号                     |  | 9   |    | 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                       | 36 周期性好中球減少症   |   |    |              |                   | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |                                  |           |           |  |
| 受給者番号                    |  | 受診日   | 年  | 月            | 日                 |   |  |                                  |           |           |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |  |   |    |              |                   | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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)・<br>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・<br>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:( )<br>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  | 慢性歯周炎(歯肉炎):[ なし・あり ]<br>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:( )%   | 好中球数の周期性変化:[ なし・あり ]  |    |              |                   |   |  |                                  |           |           |  |
|                          | 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IgA:( )mg/dL    |   |  | 血清IgM:( )mg/dL                   |           |           |  |
|                          | 血清IgE:( )IU/mL   |   |    | CH50:( )U/mL |                   |   |  |                                  |           |           |  |
|                          | 抗好中球抗体:[ 未実施・実施 ]  |   |    |              |                   | 所見:[ 陽性・陰性 ]                                |  |                                  |           |           |  |
|                          | 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 ]<br>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 ]<br>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 SI (Stimulation index):( ) |           |           |  |
|                          | リンパ球機能検査(その他):[ 未実施・実施 ]<br>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 ]<br>所見:( )   |   |    |              |                   |   |  |                                  |           |           |  |
| 骨髓検査                     | 骨髓検査:[ 未実施・実施 ]  |   |    |              |                   | 実施日:( 年 月 日 )                               |  |                                  |           |           |  |
|                          | 所見:( )   |   |    |              |                   |   |  |                                  |           |           |  |
| 病理検査                     | 生検(感染部位):[ 未実施・実施 ] 部位:( )<br>所見:( )   |   |    |              |                   |   |  |                                  |           |           |  |
|                          | 菌同定:[ 未実施・実施 ] 部位:( ) 菌名:( )   |   |    |              |                   |   |  |                                  |           |           |  |
|                          | 同定方法:[ 培養・PCR・その他 ]<br>所見(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 )                               |  |                                  |           |           |  |
|                          | 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 **9** 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 ]<br>詳細: ( )   |
| 家族歴                    | 本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>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 ]<br>易感染性: [ なし ・ あり ]      中耳炎: [ なし ・ あり ]      肺炎: [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>免疫グロブリン療法: [ 未実施 ・ 静注 ・ 皮下注 ] 用量: ( )g/週<br>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 )<br>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 ]<br>HLA アリル一一致度: [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]<br>HLA 抗原一一致度: [ 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 ]<br>前処置: ( )                          |
| 治療                     | 治療 (その他): ( )   |
| 今後の治療方針                | 今後の治療方針: ( )<br>治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 )<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )  |