告示番号 14　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	40 慢性肉芽腫症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
現在の身長・体重	身長（測定日） cm（　　SD） 年　　月　　日	体重（測定日） kg（　　SD） 年　　月　　日	BMI		
			肥満度	%	
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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：（　　） 口内炎：[なし ・ あり]　膿痂疹・皮膚膿瘍：[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	びまん性肉芽腫：[なし ・ あり]　気道：[なし ・ あり]　消化器：[なし ・ あり] 尿路：[なし ・ あり] 部位（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：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘマトクリット（Ht）：（　　）%　血小板数：（　　）×10⁴/μL　血清IgG：（　　）mg/dL 血清IgA：（　　）mg/dL　血清IgM：（　　）mg/dL　血清総IgE：（　　）IU/mL CH50：（　　）U/mL 補体値（その他）：（　　）
	末梢血塗抹（ペルオキシダーゼ染色）：[未実施 ・ 実施] 所見：（　　）
顆粒球スクリーニング検査	好中球活性酸素産生能（殺菌能）：[未実施 ・ 実施]　方法：[DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他]　結果：（　　）%
	NBT還元能：[未実施 ・ 実施]　対照：（　　）%　患者結果：（　　）%
	好中球貪食能：[未実施 ・ 実施]　結果：（　　）% 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：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（　　年　　月　　日） CGD病型：[gp91phox欠損 ・ p22phox欠損 ・ p47phox欠損 ・ p67phox欠損 ・ p40phox欠損 ・ 不明] 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]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 14　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] CGD腸炎／潰瘍性大腸炎：[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]　肺膿瘍：[なし ・ あり]　敗血症：[なし ・ あり] 骨髄炎：[なし ・ あり]　皮膚膿瘍：[なし ・ あり]　蜂窩織炎：[なし ・ あり] 肝膿瘍／脾膿瘍：[なし ・ あり]　肛門周囲膿瘍：[なし ・ あり]　BCGによるリンパ節炎：[なし ・ あり] アスペルギルス肺炎：[なし ・ あり]　カンジダ感染症：[なし ・ あり]　ウイルス感染（水痘・EBVなど）の重症化：[なし ・ あり] 既往歴（その他）：（　　）
治療歴	入院加療を要する感染症（CGD）：[なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満] 抗菌薬点滴静注を要する感染症（CGD）：[なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満] ウイルス感染症の重症化（CGD）：[なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満] 真菌感染症の重症化（CGD）：[なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満]

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
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
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　　年　　月　　日
診断年月日　　年　　月　　日

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