

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	<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	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: ()				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: () / μ L	好中球: () %		リンパ球: () %		単球: () %							
	好酸球: () %	網赤血球: () %		赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L		ヘモグロビン (Hb): () g/dL							
	ヘマトクリット (Ht): () %	血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L		血清IgG: () mg/dL		血清IgE: () IU/mL							
	血清IgA: () mg/dL	血清IgM: () mg/dL											
	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: () / μ L												
	B細胞 (%): () % B細胞絶対数: () / μ L NK細胞 (%): () % NK細胞絶対数: () / μ L												
	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]												

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] CGD 腸炎/潰瘍性大腸炎: [なし ・ あり] 肺炎: [なし ・ あり] 骨髄炎: [なし ・ あり] 肝膿瘍/脾膿瘍: [なし ・ あり] アスペルギルス肺炎: [なし ・ あり] 既往歴 (その他): ()	自己免疫疾患: [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 肺膿瘍: [なし ・ あり] 皮膚膿瘍: [なし ・ あり] 肛門周囲膿瘍: [なし ・ あり] カンジダ感染症: [なし ・ あり]	悪性腫瘍: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり] 敗血症: [なし ・ あり] 蜂窩織炎: [なし ・ あり] BCGによるリンパ節炎: [なし ・ あり] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化: [なし ・ あり]
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] 予防投与 (抗菌薬): [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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()