

病名	41 ミエロペルオキシダーゼ欠損症					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	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	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		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:()											
骨髓検査	骨髓検査:[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) 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]										
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:()										

告示番号 **15** 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**

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：()	免疫抑制薬：[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]
------	---	---

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] ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 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：()	実施日：(年 月 日) 移植細胞：[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
----	---	---

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 (_____)