

告示番号		21		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	45 IRAK4欠損症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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: ()			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]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]			痙攣: [なし ・ あり]								
	その他	症状 (その他): ()											
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: ()			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]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]			痙攣: [なし ・ あり]								
	その他	症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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						
リンパ球機能検査	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						
	IgG1: ()mg/dL		IgG2: ()mg/dL		IgG3: ()mg/dL		IgG4: ()mg/dL						
	CH50: ()U/mL												
	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 (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 (%): ()%		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: ()										
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								
遺伝学的検査	HIV 抗原・抗体測定: ()		特異的抗体 (その他): ()										
	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]									

告示番号 **21** 免疫疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
血液検査	白血球数: ()/μL 白血球分画: 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% ヘマトクリット (Ht): ()% 血清IgA: ()mg/dL lgGサブクラス: IgG1: ()mg/dL CH50: ()U/mL	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgM: ()mg/dL lgG2: ()mg/dL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 血清IgG: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL lgG3: ()mg/dL lgG4: ()mg/dL
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 リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	PHA反応 (基準値): ()cpm 所見: ()	PHA反応 SI (Stimulation index): ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: CD4: ()% T細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% 細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	CD8: ()% B細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL	T細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL
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IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施 EBV EBNA (FA): ()倍・未実施 特異的抗体 (その他): ()	麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施 EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施 EBV EBNA (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] DNA変異: () アミノ酸変異: () 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]	実施日: (年 月 日)	遺伝子名: ()
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: ()		
予防接種歴	肺炎球菌ワクチン接種歴: [なし ・ あり] 詳細: ()		
既往歴	アレルギー疾患: [なし ・ あり] 臍帯脱落遅延: [なし ・ あり] 肺炎: [なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症: [なし ・ あり] 抗酸菌感染: [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] 髄膜炎: [なし ・ あり] ニューモシスチス肺炎: [なし ・ あり]	悪性腫瘍: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり] 皮膚膿瘍: [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: [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] 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] 前処置: ()	実施日: (年 月 日) 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]	ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		