

告示番号		23		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	46 MyD88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			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: ()		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 (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									
リンパ球機能検査	ヘマトクリット (Ht): () %	血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L											
	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												
リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施]	PHA反応 (測定値): () cpm	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 (%): () %	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: ()											
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): () 倍 ・ 未実施	EBV VCA IgG (EIA): () 倍 ・ 未実施	EBV VCA IgM (EIA): () 倍 ・ 未実施	EBV EBNA (EIA): () 倍 ・ 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				
	HIV 抗原・抗体測定: ()	特異的抗体 (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	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: ()												

告示番号 **23** 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**

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] 免疫抑制薬：[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		

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 (_____)