

告示番号		22		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	47 慢性皮膚粘膜カンジダ症					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		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 ] □ 内炎: [ なし ・ あり ] 毛嚢炎: [ 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 ]				
	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 ] □ 内炎: [ なし ・ あり ] 毛嚢炎: [ 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 ]				
	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: ( ) / $\mu$ 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 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 ( 検査方法 ): ( ) PHA 反応 ( 測定値 ): ( ) cpm 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: ( ) / $\mu$ L B 細胞 ( % ): ( ) % B 細胞絶対数: ( ) / $\mu$ L NK 細胞 ( % ): ( ) % NK 細胞絶対数: ( ) / $\mu$ L Th17 細胞数: [ 未実施 ・ 実施 ] Th17 細胞数 ( 検査方法 ): ( ) Th17 細胞数 ( 測定値 ): ( ) % 細胞表面抗原検査 ( その他 ): [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )										
感染症疫学的検査	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 HIV 抗原 ・ 抗体測定: ( ) 特異的抗体 ( その他 ): ( )										

告示番号 **22** 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**

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 ]
--------	---

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 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL ヘマトクリット (Ht): ( )% 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 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: ( )/μL B細胞 (%): ( )% B細胞絶対数: ( )/μL NK細胞 (%): ( )% NK細胞絶対数: ( )/μL Th17細胞数: [ 未実施 ・ 実施 ] Th17細胞数 (検査方法): ( ) Th17細胞数 (測定値): ( )% 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 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: ( )
-----	-----------------------------

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 ] 内分泌異常疾患: [ なし ・ あり ] 脳動脈瘤: [ なし ・ あり ] 脱毛症: [ 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 ] 髄膜炎: [ なし ・ あり ] 皮膚膿瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚粘膜カンジダ症: [ なし ・ あり ] 侵襲性真菌感染症: [ なし ・ あり ] ニューモシスチス肺炎: [ なし ・ あり ] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化: [ なし ・ あり ] 抗酸菌感染: [ なし ・ あり ] 既往歴 (その他): ( )
-----	--

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 ] 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: [ 骨髓 ・ 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 ( )			