

告示番号		22		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	47 慢性皮膚粘膜カンジダ症					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	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 ]			
		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(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				
リンパ球機能検査	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IgG:( )mg/dL		血清IgA:( )mg/dL		血清IgM:( )mg/dL		血清IgE:( )IU/mL		血清IgG4:( )mg/dL		
	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(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:( )/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 ]						

告示番号 <b>22</b> 免疫疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) <b>2/2</b>	
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 ( )