

告示番号		25		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	44から47までに掲げるもののほか、自然免疫異常 (具体的な疾病名: )					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	治療・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:( )%
	ヘマトクリット(Ht):( )%		血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL		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	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				
	細胞表面抗原検査(その他):[ 未実施・実施 ] 所見:( )								
髄液検査	髄液検査:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 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				
画像検査	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	画像検査:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 検査方法:( ) 脾臓の有無:[ あり・なし ]								
	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 25 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

Table with 2 columns: Test Name (e.g., 血液検査, リンパ球機能検査) and Results (e.g., 白血球数: ( )/μL, PHA反応 (測定値): ( )cpm).

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

Table with 2 columns: Category (e.g., 合併症, 家族歴) and Details (e.g., 合併症: [ なし ・ あり ], 家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]).

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

Table with 2 columns: Treatment Category (e.g., 薬物療法, 遺伝子治療) and Details (e.g., ステロイド薬: [ なし ・ あり ], 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]).

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。
医療機関名
医療機関住所
記載年月日
診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )