

告示番号		25		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	48 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"/> 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(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:( )/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		
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):( )								
画像検査	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 ]								

告示番号 **25** 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**

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：( )
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 ]      自己免疫疾患：[ なし ・ あり ]      自己炎症疾患：[ なし ・ あり ] 悪性腫瘍：[ なし ・ あり ]      表皮の多発疣贅：[ 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 ]      トリパノソーマ症：[ 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 ( \_\_\_\_\_ )