

告示番号 **27** 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	49 先天性補体欠損症					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	
		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: () 口内炎: [なし ・ あり]							
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]		関節痛: [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	神経症状: [なし ・ あり]							
	その他	顔面低形成: [なし ・ あり]		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 ⁴ /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 ⁴ /μL		血清IgG: ()mg/dL		血清IgA: ()mg/dL		
	血清IgM: ()mg/dL		血清IgE: ()IU/mL		IgG1: ()mg/dL		IgG2: ()mg/dL		
	IgG3: ()mg/dL		IgG4: ()mg/dL		C3: ()mg/dL		C4: ()mg/dL		
	CH50: ()U/mL		抗核抗体: ()倍・未実施		補体値 (その他): ()		自己抗体: [未実施 ・ 実施]		
	所見: ()		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 (基準値): ()cpm		
	PHA反応 (測定値): ()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: ()		
	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: ()							
尿検査	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]				蛋白尿: [なし ・ あり]				
病理検査	腎生検: [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): ()					

告示番号 **27** 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：()
-----	------------------------------------

既往歴	アレルギー疾患：[なし ・ あり] 溶血性貧血：[なし ・ あり] 非典型型溶血性尿毒症症候群：[なし ・ あり] 悪性腫瘍：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症：[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] 中耳炎：[なし ・ あり] 回数：()回 起因菌：() 副鼻腔炎：[なし ・ あり] 回数：()回 起因菌：() 肺炎：[なし ・ あり] 回数：()回 起因菌：() 菌血症：[なし ・ あり] 回数：()回 起因菌：() 細菌性髄膜炎：[なし ・ あり] 回数：()回 起因菌：() 皮膚膿瘍：[なし ・ あり] 回数：()回 起因菌：() 既往歴 (その他)：()
	自己免疫疾患：[なし ・ あり] 詳細：()

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：()

血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)
------	--

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アリール一一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一一致度：[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 ()			