

告示番号		26		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	50 遺伝性血管性浮腫 (C1インヒビター欠損症)					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	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	皮下浮腫・粘膜下浮腫: [ なし ・ あり ]		口内炎: [ なし ・ あり ]		発疹: [ なし ・ あり ] 性状: ( )				
	筋・骨格	関節炎: [ なし ・ あり ]								
	呼吸器・循環器	喉頭浮腫: [ 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 ]		嘔吐: [ なし ・ あり ]		
	その他	腹痛: [ なし ・ あり ]		悪心: [ なし ・ あり ]		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	皮下浮腫・粘膜下浮腫: [ なし ・ あり ]		口内炎: [ なし ・ あり ]		発疹: [ なし ・ あり ] 性状: ( )				
	筋・骨格	関節炎: [ なし ・ あり ]								
	呼吸器・循環器	喉頭浮腫: [ 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 ]		嘔吐: [ なし ・ あり ]		
	その他	腹痛: [ なし ・ あり ]		悪心: [ なし ・ あり ]		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: ( )%		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IgG1: ( )mg/dL		血清IgG2: ( )mg/dL		血清IgG3: ( )mg/dL		血清IgE: ( )IU/mL		血清IgG4: ( )mg/dL	
	C3: ( )mg/dL		C4: ( )mg/dL		CH50: ( )U/mL		抗核抗体: ( )倍・未実施		C1インヒビター活性: ( )%	
	C1インヒビター抗原: [ 未実施 ・ 正常 ・ 低下 ]		補体値 (その他): ( )							
	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: ( )							
	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 ]					
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		EBV VCA IgG (EIA): ( )・未実施		EBV EBNA (EIA): ( )・未実施			
	EBV VCA IgM (EIA): ( )・未実施		EBV VCA IgG (FA): ( )倍・未実施		EBV EBNA (FA): ( )倍・未実施		特異的抗体 (その他): ( )			
	EBV EBNA (FA): ( )倍・未実施		EBV VCA IgM (FA): ( )倍・未実施							
	EBV EBNA (FA): ( )倍・未実施									
	特異的抗体 (その他): ( )									
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		部位: ( )		所見: ( )					

告示番号	26	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 C3: ( )mg/dL C4: ( )mg/dL CH50: ( )U/mL 抗核抗体: ( )倍・未実施 C1インヒビター抗原: [ 未実施 ・ 正常 ・ 低下 ] C1インヒビター活性: ( )% 補体値 (その他): ( )				
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: ( )				
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 ]				
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 特異的抗体 (その他): ( )				
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )				
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 ] 易感染性: [ なし ・ あり ] 既往歴 (その他): ( )				
治療歴	入院加療を要する浮腫: [ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ]				
発症年齢	発症年齢: ( )歳				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	トラネキサム酸: [ なし ・ あり ] 蛋白同化ホルモン: [ なし ・ あり ] ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] C1-INH製剤: [ 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 薬物療法 (その他): ( )				
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アリール一致度: [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ] 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
医療機関住所					年 月 日
					診療科
					医師名
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )