

告示番号 **26** 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	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"/> 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	皮下浮腫・粘膜下浮腫:[なし・あり]			口内炎:[なし・あり]		()					
	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]						
	その他	腹痛:[なし・あり]		悪心:[なし・あり]		嘔吐:[なし・あり]		()				
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):()											
	リンパ球刺激試験:PHA反応:[未実施・実施]											
リンパ球機能検査	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]											
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:()												

告示番号	26	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] 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: [骨髄 ・ 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 ・ 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
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 ()