

病名	51 49及び50に掲げるもののほか、先天性補体欠損症 (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 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	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: ( ) 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): ( )								
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 (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			
血液検査	ヘマトクリット (Ht): ( )%		血小板数: ( )		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			
	補体値 (その他): ( )									
	自己抗体: [ 未実施 ・ 実施 ]									
	所見: ( )									
	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 (基準値): ( )cpm		
		PHA反応 (測定値): ( )cpm				PHA反応 (Stimulation index): ( )				
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 ]				
病理検査	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )				
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): ( )									

告示番号 **28** 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: [ 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  
 補体値 (その他): ( )  
 自己抗体: [ 未実施 ・ 実施 ]  
 所見: ( )

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 ]

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  
 特異的抗体 (その他): ( )

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 ] 非典型性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 ] 抗細菌感染: [ 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 ] 補充療法: [ なし ・ あり ]  
 詳細: ( )  
 免疫グロブリン療法: [ 未実施 ・ 静注 ・ 皮下注 ] 用量: ( )g/週

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: [ 骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]  
 HLAアレル一致度: [ 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 (印)  
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )