

告示番号		28		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	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"/> 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		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(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		
血液検査	ヘマトクリット(Ht):()%		血小板数:()×10 ⁴ /μL		血清IgG:()mg/dL		血清IgM:()mg/dL		血清IgE:()IU/mL
	血清IgA:()mg/dL		血清IgG2:()mg/dL		血清IgG3:()mg/dL		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 SI (Stimulation index):()		
	PHA反応(測定値):()cpm				PHA反応(基準値):()cpm				
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):()								

告示番号	28	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] 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: [骨髄 ・ 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	
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	