

病名	<b>52 好酸球増加症</b>										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		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 ] 全身倦怠感: [ 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 ]											
	呼吸器・循環器	心不全: [ 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 ]		腹痛: [ なし ・ あり ]					
その他	悪心: [ なし ・ あり ]		嘔吐: [ なし ・ あり ]										
	胸水: [ なし ・ あり ]		腹水: [ 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 ] 全身倦怠感: [ 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 ]											
	呼吸器・循環器	心不全: [ 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 ]		腹痛: [ なし ・ あり ]					
その他	悪心: [ なし ・ あり ]		嘔吐: [ なし ・ あり ]										
	胸水: [ なし ・ あり ]		腹水: [ 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: ( ) / $\mu$ L		好中球: ( ) %		リンパ球: ( ) %		単球: ( ) %						
	好酸球: ( ) %		好酸球絶対数: ( ) / $\mu$ L		網赤血球: ( ) %		赤血球数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L						
	ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL		ヘマトクリット (Ht): ( ) %		血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L								
	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						
	CH50: ( ) U/mL												
	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: ( ) / $\mu$ L						
	B細胞 ( % ): ( ) %		B細胞絶対数: ( ) / $\mu$ L		NK細胞 ( % ): ( ) %		NK細胞絶対数: ( ) / $\mu$ L						
細胞表面抗原検査 ( その他 ): [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )													
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]			生検組織の好酸球浸潤: [ なし ・ あり ]									
画像検査	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
	所見: ( )												
遺伝学的検査	内視鏡検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )									
	所見: ( )												
	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 ]													

告示番号 **18** 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

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: ( )%	好酸球絶対数: ( )/μL	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
	CH50: ( )U/mL			

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: ( )		

病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	生検組織の好酸球浸潤: [ なし ・ あり ]
------	------------------	-------------------------

画像検査	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )
	内視鏡検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	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 ]	中耳炎: [ なし ・ あり ]	肺炎: [ なし ・ あり ]
	皮膚膿瘍: [ 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 ]	
	既往歴 (その他): ( )		

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 ]	
	IFN-α療法: [ なし ・ あり ]	抗腫瘍薬: [ 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: ( )			

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 ・ 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 ( )			