

病名	<b>52 好酸球増加症</b>					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 ] 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	胸水: [ なし ・ あり ]		腹水: [ 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: ( )%		好酸球絶対数: ( )/μL		網赤血球: ( )%		赤血球数: ( ) × 10 <sup>4</sup> /μL					
リンパ球機能検査	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): ( )			
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 )						
	内視鏡検査: [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )						
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 ] 易感染性: [ なし ・ あり ] 皮膚膿瘍: [ なし ・ あり ] ウイルス感染 (水痘・EBVなど) の重症化: [ なし ・ あり ] 既往歴 (その他): ( )	自己免疫疾患: [ なし ・ あり ] 中耳炎: [ なし ・ あり ] 皮膚粘膜カンジダ症: [ なし ・ あり ]	悪性腫瘍: [ なし ・ あり ] 肺炎: [ なし ・ あり ] ニューモシスチス肺炎: [ なし ・ あり ] 抗酸菌感染: [ なし ・ あり ]
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 \_\_\_\_\_ 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 (      )