

病名	<b>53 慢性活動性EBウイルス感染症</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	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: ( )											
	消化器	肝腫: [ なし ・ あり ]					脾腫大: [ なし ・ あり ]						
	その他	症状 (その他): ( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	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: ( )											
	消化器	肝腫: [ なし ・ あり ]					脾腫大: [ なし ・ あり ]						
	その他	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						
リンパ球機能検査	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 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: ( )	
骨髓検査	骨髓検査: [ 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 EA IgG (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								
	EBV EA IgG (FA): ( )倍 ・ 未実施												
EBウイルスDNA定量 (血液): ( )copy/μgDNA						EBウイルス感染細胞: [ 未実施 ・ T細胞 ・ NK細胞 ・ 不明 ]							
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 ]												

告示番号 **40** 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: ( )%	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
	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: ( )

骨髓検査	骨髓検査: [ 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 EA IgG (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 EA IgG (FA): ( )倍・未実施	EBV EBNA (FA): ( )倍・未実施
	EBウイルスDNA定量 (血液): ( )copy/μgDNA	EBウイルス感染細胞: [ 未実施 ・ T細胞 ・ NK細胞 ・ 不明 ]
	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	多臓器不全: [ なし ・ あり ]	血球貪食症候群: [ なし ・ あり ]	悪性リンパ腫: [ なし ・ あり ]
	蚊刺過敏症: [ なし ・ あり ]	種痘様水疱症: [ なし ・ あり ]	間質性肺炎: [ なし ・ あり ]
	間質性腎炎: [ なし ・ あり ]	肝動脈瘤: [ なし ・ あり ]	ぶどう膜炎: [ なし ・ あり ]
	合併症 (その他): ( )		

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 ]
	EBV関連血球貪食性リンパ組織球症: [ 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 ]	皮膚腫瘍: [ 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 ]
	IL-2療法: [ なし ・ あり ]	抗腫瘍薬: [ なし ・ あり ]	免疫グロブリン大量療法: [ 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 ( \_\_\_\_\_ )