

告示番号 19 免疫疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 1/3

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----------------|-------------------|---------------------------|---|----------------------------------|--------------------|--|
| 病名 | 54 後天性免疫不全症候群 (HIV感染によるものに限る。) | | | | | 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 | 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] | | 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:() 色素脱失:[なし・あり] 口内炎:[なし・あり] | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 関節炎:[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] | | | |
| | 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 | 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:() 色素脱失:[なし・あり] 口内炎:[なし・あり] | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 関節炎:[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] | | | |
| | 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 ⁴ /μL | ヘモグロビン(Hb):()g/dL | |
| | ヘマトクリット(Ht):()% | 血小板数:()×10 ⁴ /μL | 血清IgG:()mg/dL | 血清IgA:()mg/dL | 血清IgM:()mg/dL | 血清IgE:()IU/mL | 血清IgG4:()mg/dL | | |
| | 血清IgG1:()mg/dL | 血清IgG2:()mg/dL | 血清IgG3:()mg/dL | | | | | | |
| 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:() | | | | | | | | |
| 感染症免疫学的検査 | HIV-1・2抗原・抗体同時測定定性(HIV-1+2抗体・p24抗原): [陰性・陽性] | | | | | | | | |
| | HIV-1抗体(ウエスタンブロット法):() | | | | HIV-1抗体(ウエスタンブロット法):()倍 | | | | |
| | HIV-2抗体(ウエスタンブロット法):() | | | | HIV-2抗体(ウエスタンブロット法):()倍 | | | | |
| | HIV-1核酸定量:()copy/mL 特異的抗体(その他):() | | | | | | | | |
| 指標疾患 | カンジダ症(食道・気管・気管支・肺): [なし・あり] 診断日:()年()月()日) | | | | | | | | |
| | 診断法及び所見:() | | | | | | | | |
| | クリプトコッカス症(肺以外): [なし・あり] 診断日:()年()月()日) | | | | | | | | |
| | 診断法及び所見:() | | | | | | | | |
| コクシジオイデス症: [なし・あり] 診断日:()年()月()日) | | | | | | | | | |
| 診断法及び所見:() | | | | | | | | | |
| ヒストプラズマ症: [なし・あり] 診断日:()年()月()日) | | | | | | | | | |
| 診断法及び所見:() | | | | | | | | | |

告示番号 **19** 免疫疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

| | |
|---|--|
| 指標疾患 | ニューモシスティス肺炎: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | トキソプラズマ脳症 (生後1か月以後): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | クリプトスポリジウム症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | イソスポラ症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 化膿性細菌感染症: [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日) 部位及び病原菌: () |
| | サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く): [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日) |
| | 活動性結核 (肺結核又は肺外結核): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 非結核性抗酸菌症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | サイトメガロウイルス感染症 (生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 単純ヘルペスウイルス感染症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 進行性多巣性白質脳症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | カポジ肉腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 原発性脳リンパ腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 非ホジキンリンパ腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 浸潤性子宮頸癌: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 反復性肺炎: [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日) |
| | リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成 (13歳未満): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | HIV 脳症 (認知症又は亜急性性脳炎): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| HIV 消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) | |
| 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 ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /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 |
| 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: () |
| 感染症免疫学的検査 | HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性 (HIV-1+2抗体・p24抗原): [陰性 ・ 陽性] HIV-1抗体 (ウエスタンブロット法): () HIV-1抗体 (ウエスタンブロット法): ()倍 HIV-2抗体 (ウエスタンブロット法): () HIV-2抗体 (ウエスタンブロット法): ()倍 HIV-1核酸定量: ()copy/mL 特異的抗体 (その他): () |
| 指標疾患 | カンジダ症 (食道、気管、気管支、肺): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | クリプトコッカス症 (肺以外): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | コクシジオイデス症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | ヒストプラズマ症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | ニューモシスティス肺炎: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | トキソプラズマ脳症 (生後1か月以後): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| クリプトスポリジウム症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () | |

告示番号 **19** 免疫疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **3/3**

| | |
|---|---|
| 指標疾患 | イソ孢ラ症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 化膿性細菌感染症: [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日) 部位及び病原菌: () |
| | サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く): [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日) |
| | 活動性結核 (肺結核又は肺外結核): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 非結核性抗酸菌症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | サイトメガロウイルス感染症 (生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 単純ヘルペスウイルス感染症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 進行性多巣性白質脳症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | カボジ肉腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 原発性脳リンパ腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | 非ホジキンリンパ腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 浸潤性子宮頸癌: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 反復性肺炎: [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日) |
| | リンパ性間質性肺炎/リンパ過形成 (13歳未満): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| | HIV 脳症 (認知症又は亜急性性脳炎): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: () |
| HIV 消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) | |

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] 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) |
| 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 ()