

告示番号		19		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	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"/> 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]		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] □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 (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						
リンパ球機能検査	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						
	リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施]	PHA反応 (検査方法): ()		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: ()									
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 (継続申請用) **2/2**

指標疾患	インフルエンザ (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/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 ()		