## 免疫疾患
### 告示番号
20
### 年度
小児慢性特定疾病
### 医療意見書（継続申請用）

### ふりがな
免疫疾患（Alphabet）

### 生年月日

### 出生体重

### 現在の

### 発病時期

### 就学・就労状況

### 手術取得状況

### 現状評価

### 臨床所見（申請時）

### 菌検査

### 感染症免疫学的

### その他の所見（申請時）

### 合併症

### 家族歴

### 既往歴

### 血液検査

### リンパ球機能検査

### 絆節表面抗体抗原検査

### 感染症免疫学的

### その他

### 病名
後天的な免疫系障害による免疫不全症

### 受診者番号

### 受診日

### 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

### 受診日

### 年

### 月

### 日

### 体重増加不良

### 発熱

### リンパ節腫脹

### 発疹

### 色素脱失

### 口内炎

### 関節炎

### 肝腫

### 脾腫大

### 下痢

### 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

### 血液検査

### リンパ球機能検査

### 絆節表面抗体抗原検査

### 感染症免疫学的

### その他の所見（申請時）

### 菌検査

### 感染症免疫学的

### その他

### 病名
後天的な免疫系障害による免疫不全症

### 受診者番号

### 受診日

### 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

### 受診日

### 年

### 月

### 日

### 体重増加不良

### 発熱

### リンパ節腫脹

### 発疹

### 色素脱失

### 口内炎

### 関節炎

### 肝腫

### 脾腫大

### 下痢

### 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

### 血液検査

### リンパ球機能検査

### 絆節表面抗体抗原検査

### 感染症免疫学的

### その他

### 病名
後天的な免疫系障害による免疫不全症

### 受診者番号

### 受診日

### 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

### 受診日

### 年

### 月

### 日

### 体重増加不良

### 発熱

### リンパ節腫脹

### 発疹

### 色素脱失

### 口内炎

### 関節炎

### 肝腫

### 脾腫大

### 下痢

### 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

### 血液検査

### リンパ球機能検査

### 絆節表面抗体抗原検査

### 感染症免疫学的

### その他

### 病名
後天的な免疫系障害による免疫不全症

### 受診者番号

### 受診日

### 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

### 受診日

### 年

### 月

### 日

### 体重増加不良

### 発熱

### リンパ節腫脹

### 発疹

### 色素脱失

### 口内炎

### 関節炎

### 肝腫

### 脾腫大

### 下痢

### 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

### 血液検査

### リンパ球機能検査

### 絆節表面抗体抗原検査

### 感染症免疫学的

### その他

### 病名
後天的な免疫系障害による免疫不全症

### 受診者番号

### 受診日

### 年

### 月

### 日

### 意見書記載時の年齢

### 歳
告示番号 20 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

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: ( )

移植

造血幹細胞移植: 
- 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定

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。

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )