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〉

病名	55　後天的な免疫系障害による免疫不全症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
現在の身長・体重	身長（測定日）　cm（　　SD）　年　　月　　日 体重（測定日）　kg（　　SD）　年　　月　　日 BMI 肥満度　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（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：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘマトクリット（Ht）：（　　）%　血小板数：（　　）×10⁴/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
	自己抗体（IL-17に対する）：（　　） 自己抗体（IL-22に対する）：（　　） 自己抗体（IL-6に対する）：（　　） 自己抗体（IFN-γに対する）：（　　） 自己抗体（GM-CSFに対する）：（　　） 自己抗体（C1INHに対する）：（　　） 自己抗体（その他）：（　　）
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　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	特異的抗体（その他）：（　　）

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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

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：（　　）
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
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日