

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〉	1/2
-------------	-----------	-------------	------------	-----------	-----------------------	----------------	------------

病名	55 後天的な免疫系障害による免疫不全症					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	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						
	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						
	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):()									

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
---------	--

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 (_____)