

告示番号		39		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	56 慢性移植片対宿主病							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
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 (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	発熱: [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] 硬化性皮膚病変: [なし ・ あり] 爪の異常 (萎縮、変形など): [なし ・ あり] 多形皮膚萎縮: [なし ・ あり] 頭皮、体毛の異常: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節拘縮: [なし ・ あり] 筋膜炎: [なし ・ あり]											
	消化器	食道狭窄: [なし ・ あり] 食道ウェブ: [なし ・ あり]											
	眼	乾燥性結膜炎: [なし ・ あり]											
	その他	口腔乾燥症: [なし ・ あり] 生殖器の病変 (扁平苔癬様、萎縮、びらんなど): [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	発熱: [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] 硬化性皮膚病変: [なし ・ あり] 爪の異常 (萎縮、変形など): [なし ・ あり] 多形皮膚萎縮: [なし ・ あり] 頭皮、体毛の異常: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節拘縮: [なし ・ あり] 筋膜炎: [なし ・ あり]											
	消化器	食道狭窄: [なし ・ あり] 食道ウェブ: [なし ・ あり]											
	眼	乾燥性結膜炎: [なし ・ あり]											
	その他	口腔乾燥症: [なし ・ あり] 生殖器の病変 (扁平苔癬様、萎縮、びらんなど): [なし ・ あり] 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 血清総IgE: ()IU/mL IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL CH50: ()U/mL												
	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: ()											
	病理検査	唾液腺生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
唾液腺・ 涙腺分泌検査	ガムテスト: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 結果: ()mL/10分 シルマーテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日: (年 月 日) シルマーテスト (右眼): ()mm/5分 シルマーテスト (左眼): ()mm/5分												
	生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) %FEV1: ()% FEV1/FVC比: () 所見 (その他): ()											

告示番号 **39** 免疫疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

画像検査	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 遺伝子名:() DNA変異:() アミノ酸変異:() 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]

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 CH50:()U/mL
------	--

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:()
----------	--

病理検査	唾液腺生検: [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()
------	---

唾液腺・ 涙腺分泌検査	ガムテスト: [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 結果:()mL/10分 シルマーテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日:(年 月 日) シルマーテスト (右眼):()mm/5分 シルマーテスト (左眼):()mm/5分
----------------	---

生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) %FEV1:()% FEV1/FVC比:() 所見 (その他):()
--------	--

画像検査	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()
------	---

遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 遺伝子名:() DNA変異:() アミノ酸変異:() 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]
--------	---

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:()
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: [骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [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 (_____)