

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)							
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: () / μ L 好中球: () % リンパ球: () % 単球: () % 好酸球: () % 網赤血球: () % 赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb): () g/dL ヘマトクリット (Ht): () % 血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L 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: () / μ L B 細胞 (%): () % B 細胞絶対数: () / μ L NK 細胞 (%): () % NK 細胞絶対数: () / μ L 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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()