

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|------------------------------------|--|----------------------|--|------------------------|--|-----------------------------|--|-----|--|--|
| 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) | | 1/3 | | | | |
| 病名 | | 56 慢性移植片対宿主病 | | | | | | | | 受付種別 | | <input type="checkbox"/> 新規 | | | | |
| 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) | | | | | | 以前の登録氏名 (変更のある場合) | | (セイメイ) (姓) | | | | | | |
| 住所 | | 郵便番号 () 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) | | | | 体重 (測定日) | | kg (SD) | | | | BMI | | |
| | | | | 年 月 日 | | | | | | 年 月 日 | | | | 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 | | 治療 ・ 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最終受診日 | | (年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | |
| 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] 硬化性皮膚病変：[なし ・ あり] 多型皮膚萎縮：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 爪の異常 (萎縮、変形など)：[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] 硬化性皮膚病変：[なし ・ あり] 多型皮膚萎縮：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 爪の異常 (萎縮、変形など)：[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)：() | | | | | | | | | | | | | | |

