

|  |  |   |  |   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|---|--|
| 告示番号                                   |  | 49  |  | 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                                     |  | 20 高IgE症候群  |  |   |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日   |  |   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 氏名                                     |  | (セイメイ)<br>(姓)   |  |   |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                           |  | 身長<br>(測定日)   |  | cm ( SD)  |  |                             |  | 体重<br>(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  |  | 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：( )<br>出血斑：[ なし ・ あり ] 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 ]<br>病的骨折：[ なし ・ あり ]                                       |  |                             |  | 関節過伸展：[ なし ・ あり ]    |  |                       |  | 側弯：[ 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   |  | 特徴的な顔貌：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )  |  |                             |  | 乳歯の脱落遅延：[ なし ・ あり ]  |  |                       |  | 正中線奇形：[ なし ・ あり ]           |  |         |  |   |  |
| 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：( )<br>出血斑：[ なし ・ あり ] 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 ]<br>病的骨折：[ なし ・ あり ]                                       |  |                             |  | 関節過伸展：[ なし ・ あり ]    |  |                       |  | 側弯：[ 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   |  | 特徴的な顔貌：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )  |  |                             |  | 乳歯の脱落遅延：[ なし ・ あり ]  |  |                       |  | 正中線奇形：[ なし ・ あり ]           |  |         |  |   |  |
| 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：( )%<br>好酸球：( )% 網赤血球：( )‰ 赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL<br>ヘマトクリット (Ht)：( )% 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清IgG：( )mg/dL<br>血清IgA：( )mg/dL 血清IgM：( )mg/dL 血清総IgE：( )IU/mL<br>IgGサブクラス：IgG1：( )mg/dL IgG2：( )mg/dL IgG3：( )mg/dL IgG4：( )mg/dL |  |   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
|  |  |   |  |   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 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)：( )<br>PHA反応 (測定値)：( )cpm PHA反応 (基準値)：( )cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：( )  |  |   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 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<br>B細胞 (％)：( )% B細胞絶対数：( )/μL NK細胞 (％)：( )% NK細胞絶対数：( )/μL   |  |   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
|  |  | Th17細胞数：[ 未実施 ・ 実施 ] Th17細胞数 (検査方法)：( )<br>Th17細胞数 (測定値)：( )%   |  |   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 感染症免疫学的検査                              |  | 麻疹ウイルス抗体価 (NT)：( )倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：( )倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：( )・未実施<br>EBV VCA IgG (EIA)：( )・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：( )・未実施 EBV EBNA (EIA)：( )・未実施<br>EBV VCA IgG (FA)：( )倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：( )倍・未実施 EBV EBNA (FA)：( )倍・未実施<br>HIV 抗原・抗体測定：( )<br>特異的抗体 (その他)：( )                           |  |   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 骨塩定量検査                                 |  | 骨塩定量検査 (DEXA法)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>若年成人平均値 (YAM) の80%未満：[ なし ・ あり ] 同年齢比較：( )%  |  |   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 画像検査                                   |  | 画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>気管支拡張症：[ なし ・ あり ] 肺嚢胞：[ なし ・ あり ]   |  |   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 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：( )<br>DNA 変異：( )<br>アミノ酸変異：( )<br>蛋白発現検査：[ 未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損 ]  |  |   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |



