

|  |       |  |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
|--|-------|--|--|--|-----------------------------|------|----------------------|---|-------------------|---------------|--|-----------------|---|-----------------------------|--|
| 告示番号                                   |       | 11   |  | 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                                     |       | 37 35及び36に掲げるもののほか、慢性の経過をたどる好中球減少症   |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  | 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)<br>年 月 日                          |                             |      | 体重<br>(測定日)          |   | kg ( SD)<br>年 月 日 |               |  | BMI             |   |                             |  |
|  |       |  |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  | 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 |       |  |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
| 具体的な疾病名                                |       | ( )  |  |  |                             |      |                      |   |                   | 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 ]  |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
|  | 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   | 慢性歯周炎 (歯肉炎)：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )  |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
| 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 ]  |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
|  | 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   | 慢性歯周炎 (歯肉炎)：[ なし ・ あり ]<br>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：( )%<br>好酸球：( )% 好中球数の周期性変化：[ なし ・ あり ] 赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL<br>ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL ヘマトクリット (Ht)：( )% 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL<br>血清IgG：( )mg/dL 血清IgA：( )mg/dL 血清IgM：( )mg/dL 血清総IgE：( )IU/mL<br>CH50：( )U/mL |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
|  |       | 抗好中球抗体：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：[ 陽性 ・ 陰性 ]   |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
|  |       | 血液型：オモテ試験 (赤血球抗原)：[ 未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし ]<br>ウラ試験 (血清抗体)：[ 未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり ]<br>抗A、抗B抗体価：( )   |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
|  |       | 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)：( )  |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
|  |       | リンパ球機能検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>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<br>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 ]<br>所見：( )  |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
| 骨髓検査                                   |       | 骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )  |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
| 病理検査                                   |       | 生検 (感染部位)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( )<br>所見：( )  |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |
|  |       | 菌同定：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 菌名：( )<br>同定方法：[ 培養 ・ PCR ・ その他 ]<br>所見 (その他)：( )  |  |  |                             |      |                      |   |                   |               |  |                 |   |                             |  |



