

告示番号		42		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		33 自己免疫性リンパ増殖症候群 (ALPS)								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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 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														
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: ( ) 出血斑: [ なし ・ あり ] 色素脱失: [ なし ・ あり ] 口内炎: [ なし ・ あり ] 毛髪の異常: [ 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 ] 腸炎: [ なし ・ あり ]										
		精神・神経		小脳性運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 末梢神経障害: [ なし ・ あり ]										
		その他		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: ( ) 出血斑: [ なし ・ あり ] 色素脱失: [ なし ・ あり ] 口内炎: [ なし ・ あり ] 毛髪の異常: [ 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 ] 腸炎: [ なし ・ あり ]										
		精神・神経		小脳性運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 末梢神経障害: [ なし ・ あり ]										
		その他		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 <sup>4</sup> /μL		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										
		血清IgG: ( )mg/dL		血清IgA: ( )mg/dL		血清IgM: ( )mg/dL		血清総IgE: ( )IU/mL						
		IgGサブクラス: IgG1: ( )mg/dL		IgG2: ( )mg/dL		IgG3: ( )mg/dL		IgG4: ( )mg/dL						
		CH50: ( )U/mL		ビタミンB <sub>12</sub> : ( )pg/mL・未実施										
		補体値 (その他): ( )												
		血漿 sFASL (soluble FAS ligand): ( )pg/mL・未実施		血漿 IL-10: ( )pg/mL・未実施		血漿 IL-18: ( )pg/mL・未実施								
リンパ球機能検査		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抗原どちらもない ] 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抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり ] 抗A、抗B抗体価: ( ) 自己抗体: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )												
		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 PHA 反応 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 CD3+TCR α β + CD4-CD8-T細胞: ( )%												
		細胞表面抗原検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )												
骨髓検査		骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )												
感染症疫学的 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 EBV VCA IgG (EIA): ( )・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ( )・未実施 EBV EBNA (EIA): ( )・未実施 EBV VCA IgG (FA): ( )倍・未実施 EBV VCA IgM (FA): ( )倍・未実施 EBV EBNA (FA): ( )倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定: ( ) 特異的抗体 (その他): ( )												



