

告示番号		18		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		52 好酸球増加症										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（） 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（ー）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	体重増加不良：[ なし・あり ] 全身倦怠感：[ 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：( ) 口内炎：[ なし・あり ]													
	筋・骨格	関節炎：[ なし・あり ]													
	呼吸器・循環器	心不全：[ 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 ] 腹痛：[ なし・あり ] 悪心：[ なし・あり ] 嘔吐：[ なし・あり ]													
	その他	胸水：[ なし・あり ] 腹水：[ 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	体重増加不良：[ なし・あり ] 全身倦怠感：[ 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：( ) 口内炎：[ なし・あり ]													
	筋・骨格	関節炎：[ なし・あり ]													
	呼吸器・循環器	心不全：[ 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 ] 腹痛：[ なし・あり ] 悪心：[ なし・あり ] 嘔吐：[ なし・あり ]													
	その他	胸水：[ なし・あり ] 腹水：[ 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：( )%	好酸球絶対数：( )/μL		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									
	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 (基準値)：( )cpm		PHA 反応 SI (Stimulation index)：( )									
	PHA 反応 (測定値)：( )cpm														
細胞表面抗原検査	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	細胞表面抗原検査 (その他)：[ 未実施・実施 ]														
	所見：( )														
病理検査		生検：[ 未実施・実施 ]	生検組織の好酸球浸潤：[ なし・あり ]												
画像検査		CT 検査：[ 未実施・実施 ]	実施日：( 年 月 日 )												
		所見：( )													
		内視鏡検査：[ 未実施・実施 ]	実施日：( 年 月 日 )		部位：( )										
遺伝学的検査		所見：( )													
		遺伝子検査：[ 未実施・実施 ]	実施日：( 年 月 日 )		遺伝子名：( )										
		DNA 変異：( )													
遺伝学的検査		アミノ酸変異：( )													
		蛋白発現検査：[ 未実施・正常・減少・欠損 ]													



