

告示番号		48		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		19 胸腺低形成（ディ・ジョージ（DiGeorge）症候群／22q11.2欠失症候群）										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（） 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) 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]											
		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]			
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]											
		その他		眼角隔離症：[なし・あり] 耳介低位：[なし・あり] 小耳介：[なし・あり] 小顎症：[なし・あり] 胸腺低形成：[なし・あり] 口蓋裂：[なし・あり] 短い人中：[なし・あり] 小さな口：[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]				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]											
		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]			
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]											
		その他		眼角隔離症：[なし・あり] 耳介低位：[なし・あり] 小耳介：[なし・あり] 小顎症：[なし・あり] 胸腺低形成：[なし・あり] 口蓋裂：[なし・あり] 短い人中：[なし・あり] 小さな口：[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Ca：()mg/dL intact PTH：()pg/mL 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													
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 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 B細胞(%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞(%)：()% NK細胞絶対数：()/μL													
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 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）：()													
画像検査		超音波検査（心臓）：総動脈幹症：[なし・あり] ファロー四徴症：[なし・あり] 円錐動脈幹心奇形：[なし・あり] 大動脈弓離断：[なし・あり] 右大動脈弓：[なし・あり] 右鎖骨下動脈起始異常：[なし・あり] 先天性心疾患（その他）：()													
遺伝学的検査		染色体検査：[未実施・実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
		FISH：[未実施・実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													

