

告示番号		15		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		41 ミエロペルオキシダーゼ欠損症										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（ ）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] 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] 膿痂疹・皮膚膿瘍：[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	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：() 口内炎：[なし ・ あり] 膿痂疹・皮膚膿瘍：[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	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IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL CH50：()U/mL 補体値（その他）：()														
	末梢血塗抹（ペルオキシダーゼ染色）：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
顆粒球 スクリーニング検査	好中球活性酸素産生能（殺菌能）：[未実施 ・ 実施] 方法：[DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他] 結果：()%														
	NBT還元能：[未実施 ・ 実施] 対照：()% 患者結果：()%														
	好中球貪食能：[未実施 ・ 実施] 結果：()%														
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（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：()														
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：() DNA変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]														

