

告示番号		26		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		50 遺伝性血管性浮腫 (C1インヒビター欠損症)								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) 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		皮下浮腫・粘膜下浮腫: [ なし ・ あり ]				口内炎: [ なし ・ あり ]				発疹: [ なし ・ あり ] 性状: ( )			
		筋・骨格		関節炎: [ なし ・ あり ]											
		呼吸器・循環器		喉頭浮腫: [ 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		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		皮下浮腫・粘膜下浮腫: [ なし ・ あり ]				口内炎: [ なし ・ あり ]				発疹: [ なし ・ あり ] 性状: ( )			
		筋・骨格		関節炎: [ なし ・ あり ]											
		呼吸器・循環器		喉頭浮腫: [ 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		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							
		IgG1: ( )mg/dL		IgG2: ( )mg/dL		IgG3: ( )mg/dL		IgG4: ( )mg/dL							
		C3: ( )mg/dL		C4: ( )mg/dL		CH50: ( )U/mL		抗核抗体: ( )倍・未実施							
		C1インヒビター抗原: [ 未実施 ・ 正常 ・ 低下 ]				C1インヒビター活性: ( )%									
		補体値 (その他): ( )													
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): ( )					
		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 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]													
		所見: ( )													
尿検査		血尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ]						蛋白尿: [ なし ・ あり ]							
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													
		特異的抗体 (その他): ( )													
画像検査		超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]						部位: ( )							
		所見: ( )													



