

告示番号		9		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		36 周期性好中球減少症										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：() 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]													
	その他	慢性歯周炎 (歯肉炎)：[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]													
	その他	慢性歯周炎 (歯肉炎)：[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：()%	好中球数の周期性変化：[なし ・ あり]													
	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										
	抗好中球抗体：[未実施 ・ 実施] 所見：[陽性 ・ 陰性]														
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：()														
	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)：()							
	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：()														
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
病理検査	生検 (感染部位)：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()														
	菌同定：[未実施 ・ 実施] 部位：() 菌名：()														
	同定方法：[培養 ・ PCR ・ その他] 所見 (その他)：()														

