

告示番号		43		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/2							
病名		31 チェディアック・東（Chediak-Higashi）症候群										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規							
受給者番号				受診日		年		月		日											
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)														
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県		() 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度					
				年		月				日		年								月	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()																			
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																					
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] 毛髪の異常：[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] 腸炎：[なし ・ あり]																	
		精神・神経		小脳性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害：[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：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 毛髪の異常：[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] 腸炎：[なし ・ あり]																	
		精神・神経		小脳性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害：[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 白血球巨大顆粒：[なし ・ あり] 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 CH50：()U/mL 補体値（その他）：()																			
		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（測定値）：()cpm PHA反応（基準値）：()cpm PHA反応 SI（Stimulation index）：()																			
		NK細胞活性：()% 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：()																			
		骨髄検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																			
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）：()																			

受給者番号（）患者氏名（）

告示番号	43	免疫疾患（ <div></div> ）	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）	2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 遺伝子名：（ <div></div> ）				
	DNA 変異：（ <div></div> ）				
	アミノ酸変異：（ <div></div> ）				
	蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]				
	所見（その他）：（ <div></div> ）				
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載					
血液検査	白血球数：（ <div></div> ）/μL 好中球：（ <div></div> ）% リンパ球：（ <div></div> ）% 単球：（ <div></div> ）%				
	好酸球：（ <div></div> ）% 網赤血球：（ <div></div> ）% 赤血球数：（ <div></div> ）×10 ⁴ /μL ヘモグロビン（Hb）：（ <div></div> ）g/dL				
	ヘマトクリット（Ht）：（ <div></div> ）% 血小板数：（ <div></div> ）×10 ⁴ /μL 白血球巨大顆粒：[なし ・ あり]				
	血清IgG：（ <div></div> ）mg/dL 血清IgA：（ <div></div> ）mg/dL 血清IgM：（ <div></div> ）mg/dL 血清総IgE：（ <div></div> ）IU/mL				
	IgGサブクラス：IgG1：（ <div></div> ）mg/dL IgG2：（ <div></div> ）mg/dL IgG3：（ <div></div> ）mg/dL IgG4：（ <div></div> ）mg/dL				
	CH50：（ <div></div> ）U/mL				
	補体値（その他）：（ <div></div> ）				
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抗原どちらもなし]				
	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抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり]				
	抗A、抗B抗体価：（ <div></div> ）				
	リンパ球刺激試験：PHA 反応：[未実施 ・ 実施] PHA 反応（検査方法）：（ <div></div> ）				
	PHA 反応（測定値）：（ <div></div> ）cpm PHA 反応（基準値）：（ <div></div> ）cpm PHA 反応 SI（Stimulation index）：（ <div></div> ）				
細胞表面抗原検査	NK細胞活性：（ <div></div> ）%				
	リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施]				
	所見：（ <div></div> ）				
	リンパ球サブセット解析：CD4：（ <div></div> ）% CD8：（ <div></div> ）% T細胞（%）：（ <div></div> ）% T細胞絶対数：（ <div></div> ）/μL				
	B細胞（%）：（ <div></div> ）% B細胞絶対数：（ <div></div> ）/μL NK細胞（%）：（ <div></div> ）% NK細胞絶対数：（ <div></div> ）/μL				
骨髓検査	細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施]				
	所見：（ <div></div> ）				
	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）				
	麻疹ウイルス抗体価（NT）：（ <div></div> ）倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価（PA）：（ <div></div> ）倍・未実施 麻疹ウイルスIgG（EIA）：（ <div></div> ）・未実施				
感染症免疫学的検査	EBV VCA IgG（EIA）：（ <div></div> ）・未実施 EBV VCA IgM（EIA）：（ <div></div> ）・未実施 EBV EBNA（EIA）：（ <div></div> ）・未実施				
	EBV VCA IgG（FA）：（ <div></div> ）倍・未実施 EBV VCA IgM（FA）：（ <div></div> ）倍・未実施 EBV EBNA（FA）：（ <div></div> ）倍・未実施				
	HIV 抗原・抗体測定：（ <div></div> ）				
	特異的抗体（その他）：（ <div></div> ）				
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 遺伝子名：（ <div></div> ）				
遺伝学的検査	DNA 変異：（ <div></div> ）				
	アミノ酸変異：（ <div></div> ）				
	蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]				
	所見（その他）：（ <div></div> ）				
	その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載				
合併症	合併症：[なし ・ あり]				
	詳細：（ <div></div> ）				
	家族歴				
	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]				
	詳細：（ <div></div> ）				
既往歴	アレルギー疾患：[なし ・ あり] 自己免疫疾患：[なし ・ あり] 悪性腫瘍：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり]				
	中耳炎：[なし ・ あり] 肺炎：[なし ・ あり] 皮膚膿瘍：[なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症：[なし ・ あり]				
	ニューモシスチス肺炎：[なし ・ あり] ウイルス感染（水痘・EBVなど）の重症化：[なし ・ あり] 抗酸菌感染：[なし ・ あり]				
	既往歴（その他）：（ <div></div> ）				
	治療歴				
経過（申請時） ※直近の状況を記載	入院加療を要する感染症：[なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上]				
	抗菌薬点滴静注を要する感染症：[なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上]				
	ウイルス感染症の重症化：[なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上]				
	真菌感染症の重症化：[なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上]				
	薬物療法				
移植	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり]				
	予防投与（抗菌薬）：[なし ・ あり] 予防投与（抗真菌薬）：[なし ・ あり] 予防投与（抗ウイルス薬）：[なし ・ あり]				
	免疫グロブリン療法：[未実施 ・ 静注 ・ 皮下注] 用量：（ <div></div> ）g/週				
	補充療法：[なし ・ あり] 詳細：（ <div></div> ）				
	遺伝子治療				
治療	遺伝子治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞：[骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]				
	HLA アリル一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明]				
	HLA 抗原一致度：[完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去：[未実施 ・ 実施 ・ 不明]				
今後の治療方針	前処置：（ <div></div> ）				
	治療（その他）：（ <div></div> ）				
	今後の治療方針：（ <div></div> ）				
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	治療見込み期間（外来） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 通院頻度：（ <div></div> ）回/月				
医療機関・医師署名					
上記の通り診断します。					
医療機関名 <div></div> 記載年月日 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日					
医療機関住所 <div></div> 診療科 <div></div> 医師名 <div></div> （印）					
小児慢性特定疾病 指定医番号（ <div></div> ）					