

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)		1/2	
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	
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			
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %			
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		治癒 ・ 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 : ( ) 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 : ( ) / $\mu$ L 好中球 : ( ) % リンパ球 : ( ) % 単球 : ( ) % 好酸球 : ( ) % 網赤血球 : ( ) ‰ 赤血球数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン ( Hb ) : ( ) g/dL ヘマトクリット ( Ht ) : ( ) % 血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L 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 : ( ) %											
		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 : ( ) / $\mu$ L B 細胞 ( % ) : ( ) % B 細胞絶対数 : ( ) / $\mu$ L NK 細胞 ( % ) : ( ) % NK 細胞絶対数 : ( ) / $\mu$ L											
		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 ]											

受給者番号（ <div></div> ）										患者氏名（ <div></div> ）									
告示番号		15		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					
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> ）%																	
血液検査		網赤血球：（ <div></div> ）%																	
		赤血球数：（ <div></div> ）×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL																	
血液検査		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																	
		CH50：（ <div></div> ）U/mL																	
顆粒球スクリーニング検査		補体値（その他）：（ <div></div> ）																	
		末梢血塗抹（ペルオキシダーゼ染色）：[ 未実施 ・ 実施 ]																	
		所見：（ <div></div> ）																	
		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 ]																	
細胞表面抗原検査		結果：（ <div></div> ）%																	
		NBT還元能：[ 未実施 ・ 実施 ]																	
		対照：（ <div></div> ）%																	
		患者結果：（ <div></div> ）%																	
		好中球貪食能：[ 未実施 ・ 実施 ]																	
細胞表面抗原検査		結果：（ <div></div> ）%																	
		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																	
		細胞表面抗原検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]																	
骨髄検査		所見：（ <div></div> ）																	
		骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]																	
		実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）																	
		所見：（ <div></div> ）																	
		遺伝学的検査																	
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> ）																	
その他の所見（申請時）※直近の状況を記載		蛋白発現検査：[ 未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損 ]																	
		合併症																	
		合併症：[ なし ・ あり ]																	
		詳細：（ <div></div> ）																	
		家族歴																	
既往歴		本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]																	
		詳細：（ <div></div> ）																	
		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 ]																	
治療歴		CGD腸炎／潰瘍性大腸炎：[ なし ・ あり ]																	
		易感染性：[ なし ・ あり ]																	
		中耳炎：[ なし ・ あり ]																	
		敗血症：[ なし ・ あり ]																	
		蜂窩織炎：[ なし ・ あり ]																	
治療歴		骨髄炎：[ なし ・ あり ]																	
		皮膚膿瘍：[ なし ・ あり ]																	
		BCGによるリンパ節炎：[ なし ・ あり ]																	
		アスペルギルス肺炎：[ なし ・ あり ]																	
		カンジダ感染症：[ なし ・ あり ]																	
経過（申請時）※直近の状況を記載		ウイルス感染（水痘・EBVなど）の重症化：[ なし ・ あり ]																	
		既往歴（その他）：（ <div></div> ）																	
		入院加療を要する感染症（CGD）：[ なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満 ]																	
		抗菌薬点滴静注を要する感染症（CGD）：[ なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満 ]																	
		ウイルス感染症の重症化（CGD）：[ なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満 ]																	
薬物療法		真菌感染症の重症化（CGD）：[ なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満 ]																	
		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 ]																	
移植		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																	
移植		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 ]																	
治療		移植細胞：[ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]																	
		HLAアレルー一致度：[ 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 ]																	
		前処置：（ <div></div> ）																	
今後の治療方針		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）																	
医療機関・医師署名		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																			
医療機関住所																			
記載年月日																			
診療科																			
医師名																			
小児慢性特定疾病 指定医番号（ <div></div> ）																			