

告示番号		14		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		40 慢性肉芽腫症						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		びまん性肉芽腫：[なし ・ あり]			気道：[なし ・ あり]			消化器：[なし ・ あり]			
		尿路：[なし ・ あり]			部位 (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		びまん性肉芽腫：[なし ・ あり]			気道：[なし ・ あり]			消化器：[なし ・ あり]			
		尿路：[なし ・ あり]			部位 (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：()%								
		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：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
		CGD 病型：[gp91phox欠損 ・ p22phox欠損 ・ p47phox欠損 ・ p67phox欠損 ・ p40phox欠損 ・ 不明]											
		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（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	14	免疫疾患	（ ）	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：（ ）/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：（ ）% 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：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） CGD病型：[gp91phox欠損 ・ p22phox欠損 ・ p47phox欠損 ・ p67phox欠損 ・ p40phox欠損 ・ 不明] 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]					
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：（ ）					
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（ ）					
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] 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] 肺炎：[なし ・ あり] 肺膿瘍：[なし ・ あり] 敗血症：[なし ・ あり] 骨髄炎：[なし ・ あり] 皮膚膿瘍：[なし ・ あり] 蜂窩織炎：[なし ・ あり] 肝膿瘍／脾膿瘍：[なし ・ あり] 肛門周囲膿瘍：[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] 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）：（ ）					
治療歴	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] 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]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	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：（ ）g/週 補充療法：[なし ・ あり] 詳細：（ ）					
遺伝子治療	遺伝子治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
移植	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：（ 年 月 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アリール一致度：[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] 前処置：（ ）					
治療	治療（その他）：（ ）					
今後の治療方針	今後の治療方針：（ ）					
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 治療見込み期間（外来） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 通院頻度：（ ）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				記載年月日		年 月 日
医療機関住所				診療科		
				医師名		(印)
				小児慢性特定疾病 指定医番号（		）