

告示番号		13		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		38 白血球接着不全症						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：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] □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] □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：()% 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] 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：()											
		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：()											
		好中球遊走能：() 好中球粘着能：()											
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 CD18：() CD11b：()											
		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：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	13	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
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]				
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：（ ）% 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]				
顆粒球スクリーニング検査	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：（ ）				
	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：（ ）%				
リンパ球機能検査	所見：（ ）				
	好中球遊走能：（ ）				
	好中球粘着能：（ ）				
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]				
細胞表面抗原検査	所見：（ ）				
	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				
	CD18：（ ） CD11b：（ ）				
細胞表面抗原検査	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]				
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]				
	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）：（ ）				
治療歴	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]				
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（ ）					