

告示番号		16		免疫疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）										1/2							
病名		42 メンデル遺伝型マイコバクテリア易感染症										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 →（）							
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 (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 ]						骨髄炎: [ 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 (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 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL ヘマトクリット (Ht): ( )% 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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																			
		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																			
		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): ( )																			
細菌検査		培養同定 (血液): [ 未実施 ・ 実施 ] 検出の有無: [ 非検出 ・ 検出 ] 菌名: ( )																			
		培養同定 (骨髓): [ 未実施 ・ 実施 ] 検出の有無: [ 非検出 ・ 検出 ] 菌名: ( )																			
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	16	免疫疾患（ ）	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）	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 ]				
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アレル一致度：[ 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 （ ）			