

告示番号		19		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		54 後天性免疫不全症候群（HIV感染によるものに限る。）										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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI					
										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（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：() 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		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：()%		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							
		IgG1：()mg/dL		IgG2：()mg/dL		IgG3：()mg/dL		IgG4：()mg/dL							
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：()													
感染症免疫学的検査		HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性 (HIV-1+2抗体・p24抗原)：[陰性 ・ 陽性] HIV-1抗体 (ウエスタンブロット法)：() HIV-1抗体 (ウエスタンブロット法)：()倍 HIV-2抗体 (ウエスタンブロット法)：() HIV-2抗体 (ウエスタンブロット法)：()倍 HIV-1核酸定量：()copy/mL 特異的抗体（その他）：()													
指標疾患		カンジダ症（食道、気管、気管支、肺）：[なし ・ あり] 診断日：(年 月 日) 診断法及び所見：()													
		クリプトコッカス症（肺以外）：[なし ・ あり] 診断日：(年 月 日) 診断法及び所見：()													
		コクシジオイデス症：[なし ・ あり] 診断日：(年 月 日) 診断法及び所見：()													
		ヒストプラズマ症：[なし ・ あり] 診断日：(年 月 日) 診断法及び所見：()													
		ニューモシスティス肺炎：[なし ・ あり] 診断日：(年 月 日) 診断法及び所見：()													
		トキソプラズマ脳症（生後1か月以後）：[なし ・ あり] 診断日：(年 月 日) 診断法及び所見：()													
		クリプトスポリジウム症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）：[なし ・ あり] 診断日：(年 月 日) 診断法及び所見：()													

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	19	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
指標疾患	イソスパラ症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 診断法及び所見：（ ）				
	化膿性細菌感染症：[なし ・ あり] 発症日：（ 年 月 日 ） 部位及び病原菌：（ ）				
	サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く）：[なし ・ あり] 発症日：（ 年 月 日 ）				
	活動性結核（肺結核又は肺外結核）：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 診断法及び所見：（ ）				
	非結核性抗酸菌症：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 診断法及び所見：（ ）				
	サイトメガロウイルス感染症（生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外）：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 診断法及び所見：（ ）				
	単純ヘルペスウイルス感染症：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 診断法及び所見：（ ）				
	進行性多巣性白質脳症：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 診断法及び所見：（ ）				
	カボジ肉腫：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 診断法及び所見：（ ）				
	原発性脳リンパ腫：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 診断法及び所見：（ ）				
	非ホジキンリンパ腫：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 浸潤性子宮頸癌：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 反復性肺炎：[なし ・ あり] 発症日：（ 年 月 日 ）				
	リンパ性間質性肺炎／リンパ過形成（13歳未満）：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 診断法及び所見：（ ）				
	HIV 脳症（認知症又は亜急性脳炎）：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ） 診断法及び所見：（ ）				
	HIV 消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）：[なし ・ あり] 診断日：（ 年 月 日 ）				
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 ）				
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 （ ）			