

告示番号		19		免疫疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3							
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"/> 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:() 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):()																	
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(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 IgG1:()mg/dL IgG2:()mg/dL IgG3:()mg/dL IgG4:()mg/dL																			
		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		リンパ球刺激試験(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:()																			

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〈新規申請用〉		2/3
指標疾患	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：（ ）								
	イソスポラ症（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：（ ）									
カポジ肉腫：[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／肺リンパ過形成（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）							（ ）	
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載									
血液検査	白血球数：（ ）/μL 好酸球：（ ）% ヘマトクリット（Ht）：（ ）% 血清IgG：（ ）mg/dL IgG1：（ ）mg/dL	好中球：（ ）% 網赤血球：（ ）‰ 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL 血清IgA：（ ）mg/dL IgG2：（ ）mg/dL	リンパ球：（ ）% 赤血球数：（ ）×10 ⁴ /μL 血清IgM：（ ）mg/dL IgG3：（ ）mg/dL	単球：（ ）% ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL 血清総IgE：（ ）IU/mL 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（測定値）：（ ）cpm	PHA反応（検査方法）：（ ） 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：（ ）% B細胞（%）：（ ）% 細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ）	CD8：（ ）% B細胞絶対数：（ ）/μL	T細胞（%）：（ ）% NK細胞（%）：（ ）%	T細胞絶対数：（ ）/μL NK細胞絶対数：（ ）/μL					
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-2抗体（ウエスタンブロット法）：（ ） HIV-1核酸定量：（ ）copy/mL 特異的抗体（その他）：（ ）								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）：（ ）倍
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（新規申請用）	3/3
指標疾患	イソスバラ症（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：()				
	カポジ肉腫：[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 ()			