

告示番号		9		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		36 周期性好中球減少症										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：()% 好中球数の周期性変化：[なし ・ あり] 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抗原どちらもなし] 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抗体どちらもなし ・ 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)：()													

受給者番号（）患者氏名（）

告示番号	9	免疫疾患（ <div></div> ）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：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 遺伝子名：（ <div></div> ）			
	DNA 変異：（ <div></div> ）			
	アミノ酸変異：（ <div></div> ）			
	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：（ <div></div> ）/μL 好中球：（ <div></div> ）% リンパ球：（ <div></div> ）% 単球：（ <div></div> ）% 好酸球：（ <div></div> ）% 好中球数の周期性変化：[なし ・ あり]			
	赤血球数：（ <div></div> ）×10 ⁴ /μL ヘモグロビン（Hb）：（ <div></div> ）g/dL ヘマトクリット（Ht）：（ <div></div> ）% 血小板数：（ <div></div> ）×10 ⁴ /μL 血清IgG：（ <div></div> ）mg/dL 血清IgA：（ <div></div> ）mg/dL 血清IgM：（ <div></div> ）mg/dL 血清総IgE：（ <div></div> ）IU/mL CH50：（ <div></div> ）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抗原どちらもなし] 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抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：（ <div></div> ）			
	リンパ球刺激試験：PHA 反応：[未実施 ・ 実施] PHA 反応（検査方法）：（ <div></div> ） PHA 反応（測定値）：（ <div></div> ）cpm PHA 反応（基準値）：（ <div></div> ）cpm PHA 反応 SI（Stimulation index）：（ <div></div> ）			
	リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ <div></div> ）			
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：CD4：（ <div></div> ）% CD8：（ <div></div> ）% T細胞（%）：（ <div></div> ）% T細胞絶対数：（ <div></div> ）/μL B細胞（%）：（ <div></div> ）% B細胞絶対数：（ <div></div> ）/μL NK細胞（%）：（ <div></div> ）% NK細胞絶対数：（ <div></div> ）/μL			
	細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ <div></div> ）			
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 所見：（ <div></div> ）			
病理検査	生検（感染部位）：[未実施 ・ 実施] 部位：（ <div></div> ） 所見：（ <div></div> ）			
	菌同定：[未実施 ・ 実施] 部位：（ <div></div> ） 菌名：（ <div></div> ） 同定方法：[培養 ・ PCR ・ その他]			
	所見（その他）：（ <div></div> ）			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 遺伝子名：（ <div></div> ）			
	DNA 変異：（ <div></div> ）			
	アミノ酸変異：（ <div></div> ）			
	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：（ <div></div> ）			
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（ <div></div> ）			
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）：（ <div></div> ）			
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：（ <div></div> ）g/週 補充療法：[なし ・ あり] 詳細：（ <div></div> ）			
遺伝子治療	遺伝子治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）			
移植	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 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 アリルー一致度：[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：（ <div></div> ）			
治療	治療（その他）：（ <div></div> ）			
今後の治療方針	今後の治療方針：（ <div></div> ）			
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 治療見込み期間（外来） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 通院頻度：（ <div></div> ）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 <div></div> 記載年月日 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日				
医療機関住所 <div></div> 診療科 <div></div> 医師名 <div></div> （印）				
小児慢性特定疾病 指定医番号（ <div></div> ）				