

告示番号		11		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		37 35及び36に掲げるもののほか、慢性の経過をたどる好中球減少症 (具体的な疾病名：)										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) 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		治療 ・ 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] 口内炎：[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] 口内炎：[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 SI (Stimulation index)：()					
		PHA反応 (測定値)：()cpm				PHA反応 (基準値)：()cpm									
		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)：()													

