

告示番号		20		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		55 後天的な免疫系障害による免疫不全症								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：() 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					
		自己抗体 (IL-17に対する)：()											
		自己抗体 (IL-22に対する)：()											
		自己抗体 (IL-6に対する)：()											
		自己抗体 (IFN-γに対する)：()											
		自己抗体 (GM-CSFに対する)：()											
自己抗体 (C1INHに対する)：()													
自己抗体 (その他)：()													
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		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		特異的抗体 (その他)：()											

受給者番号（）患者氏名（）

告示番号

20

免疫疾患

（）

年度

小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）

2/2

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：（）×10⁴/μL

ヘモグロビン（Hb）：（）g/dL

ヘマトクリット（Ht）：（）%

血小板数：（）×10⁴/μL

血清IgG：（）mg/dL

血清IgA：（）mg/dL

血清IgM：（）mg/dL

血清総IgE：（）IU/mL

lgG1：（）mg/dL

lgG2：（）mg/dL

lgG3：（）mg/dL

lgG4：（）mg/dL

自己抗体（IL-17に対する）：（）

自己抗体（IL-22に対する）：（）

自己抗体（IL-6に対する）：（）

自己抗体（IFN-γに対する）：（）

自己抗体（GM-CSFに対する）：（）

自己抗体（C1INHに対する）：（）

自己抗体（その他）：（）

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

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

特異的抗体（その他）：（）

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：（）

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：[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]

HLAアレルー一致度：[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：（）

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

小児慢性特定疾病 指定医番号（）

（印）