

告示番号		33		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		7 ZAP-70欠損症						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		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		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 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () ‰ 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL ヘマトクリット (Ht) : () % 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 血清 IgG : () mg/dL 血清 IgE : () IU/mL 血清 IgA : () mg/dL 血清 IgM : () mg/dL 血清 IgG3 : () mg/dL IgG4 : () mg/dL IgG サブクラス : IgG1 : () mg/dL IgG2 : () mg/dL CH50 : () U/mL													
		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 : ()													
		リンパ球サブセット解析 : CD4 : () % CD8 : () % T 細胞 (%) : () % T 細胞絶対数 : () / μ L B 細胞 (%) : () % B 細胞絶対数 : () / μ L NK 細胞 (%) : () % NK 細胞絶対数 : () / μ L													
細胞表面抗原検査		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 : ()													
感染症免疫学的検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT) : () 倍 ・ 未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA) : () 倍 ・ 未実施 麻疹ウイルス IgG (EIA) : () ・ 未実施 EBV VCA IgG (EIA) : () ・ 未実施 EBV VCA IgM (EIA) : () ・ 未実施 EBV EBNA (EIA) : () ・ 未実施 EBV VCA IgG (FA) : () 倍 ・ 未実施 EBV VCA IgM (FA) : () 倍 ・ 未実施 EBV EBNA (FA) : () 倍 ・ 未実施 HIV 抗原・抗体測定 : () 特異的抗体 (その他) : ()													
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 遺伝子名 : () DNA 変異 : () アミノ酸変異 : () 蛋白発現検査 : [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

受給者番号（		患者氏名（		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：（）×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 IgGサブクラス：IgG1：（）mg/dL IgG2：（）mg/dL IgG3：（）mg/dL IgG4：（）mg/dL CH50：（）U/mL								
	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 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：（）								
感染症免疫学的検査	麻疹ウイルス抗体価（NT）：（）倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価（PA）：（）倍・未実施 麻疹ウイルスIgG（EIA）：（）・未実施 EBV VCA IgG（EIA）：（）・未実施 EBV VCA IgM（EIA）：（）・未実施 EBV EBNA（EIA）：（）・未実施 EBV VCA IgG（FA）：（）倍・未実施 EBV VCA IgM（FA）：（）倍・未実施 EBV EBNA（FA）：（）倍・未実施								
	HIV抗原・抗体測定：（） 特異的抗体（その他）：（）								
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（年 月 日） 遺伝子名：（） DNA変異：（） アミノ酸変異：（） 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：（）								
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）								
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：[骨髓 ・ 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 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号（）							