

病名	1 X連鎖重症複合免疫不全症										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		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: ()/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IgM: ()mg/dL		血清総IgE: ()IU/mL				
リンパ球機能検査	血清IgA: ()mg/dL		血清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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない ・ 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]												

告示番号 **30** 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: ()×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 (_____)

病名	2 細網異形成症					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		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] □ 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	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	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						
血液検査	血清 IgA: () mg/dL		血清 IgM: () mg/dL		血清 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: () / 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 (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]										

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
	リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	SI (Stimulation index): ()
	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 (_____)

病名 3 アデノシンデアミナーゼ (ADA) 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)
	年 月 日	年 月 日	kg (SD) 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] □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:()/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
血液検査	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
	CH50:()U/mL	IgG4:()mg/dL	
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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない・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):()
細胞表面抗原検査	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:()/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]		

告示番号 **29** 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: ()×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: ()

骨髄検査: [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: [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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [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 (_____)

病名	4 オーマン (Omenn) 症候群										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: ()/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IgM: ()mg/dL		血清総IgE: ()IU/mL				
リンパ球機能検査	血清IgA: ()mg/dL		血清IgG1: ()mg/dL		IgG2: ()mg/dL		IgG3: ()mg/dL		IgG4: ()mg/dL				
	lgGサブクラス: lgG1: ()mg/dL		lgG2: ()mg/dL		lgG3: ()mg/dL		lgG4: ()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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない ・ 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]												

告示番号 **31** 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: ()×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
	リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	SI (Stimulation index): ()
	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]
	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 (_____)

病名	5 プリンヌクレオシドホスホリラーゼ欠損症										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		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								
血液検査	血清 IgA: () mg/dL		血清 IgM: () mg/dL		血清 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 抗原どちらもない] 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 抗体どちらもない ・ 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 (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: () / 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 (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]												

告示番号 **35** 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: ()×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: ()

骨髄検査: [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: [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: [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: [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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
 HLAアレル一致度: [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 (_____)

病名	6 CD8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		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: ()/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IgM: ()mg/dL		血清総IgE: ()IU/mL				
リンパ球機能検査	血清IgA: ()mg/dL		血清IgG1: ()mg/dL		IgG2: ()mg/dL		IgG3: ()mg/dL		IgG4: ()mg/dL				
	lgGサブクラス: lgG1: ()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抗原どちらもない]		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抗体どちらもない ・ 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): ()		
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												
骨髄検査	骨髄検査: [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												
遺伝学的検査	HIV 抗原・抗体測定: ()												
	特異的抗体 (その他): ()												
	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]													

告示番号 **34** 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: ()×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 (_____)

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		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: ()/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				
リンパ球機能検査	血清IgM: ()mg/dL		血清IgG1: ()mg/dL		血清IgG2: ()mg/dL		血清IgG3: ()mg/dL		血清IgG4: ()mg/dL		
	血清IgE: ()IU/mL		CH50: ()IU/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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない ・ 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]										

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) 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 (_____)

病名 8 MHCクラスI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)
	年 月 日	年 月 日	kg (SD) 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] □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:()/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
血液検査	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
	CH50:()U/mL	IgG4:()mg/dL	
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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない・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]		

告示番号 **36** 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: ()×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
	リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	SI (Stimulation index): ()
	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)

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 (_____)

病名 9 MHCクラスⅡ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)
	年 月 日	年 月 日	kg (SD) 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:()/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
血液検査	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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない・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):()
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
遺伝学的検査	HIV抗原・抗体測定:() 特異的抗体(その他):()		
	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]		

告示番号 **37** 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: ()×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
	リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	SI (Stimulation index): ()
	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: ()			

骨髄検査	骨髄検査: [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	麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍	麻疹ウイルスIgG (EIA): ()	・未実施
	EBV VCA IgG (EIA): ()	EBV VCA IgM (EIA): ()	EBV EBNA (EIA): ()	・未実施
	EBV VCA IgG (FA): ()倍	EBV VCA IgM (FA): ()倍	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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
	HLAアレル一致度: [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)

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 () _____

病名	10 1から9までに掲げるもののほか、複合免疫不全症 (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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI	
	年 月 日		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] □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:()/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	
血液検査	ヘマトクリット(Ht):()%		血小板数:()×10 ⁴ /μL		血清IgG:()mg/dL		血清IgM:()mg/dL	
	血清IgA:()mg/dL		血清IgM:()mg/dL		血清IgE:()IU/mL		血清総IgE:()mg/dL	
血液検査	IgGサブクラス:IgG1:()mg/dL		IgG2:()mg/dL		IgG3:()mg/dL		IgG4:()mg/dL	
	CH50:()U/mL							
血液検査	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			
感染症免疫学的検査	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]							

告示番号 38 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：()×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：()

骨髄検査：[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：[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：[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：[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：[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
 HLAアレル一致度：[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 (その他)：()

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 ()

病名	11 ウィスコット・オルドリッチ (Wiskott-Aldrich) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
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			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	出血斑: [なし ・ あり]		湿疹: [なし ・ 間欠的 ・ 軽症持続 ・ 重症]						
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]								
	消化器	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	出血斑: [なし ・ あり]		湿疹: [なし ・ 間欠的 ・ 軽症持続 ・ 重症]						
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]								
	消化器	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	平均血小板容積 (MPV): ()fL							
	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	補体値 (その他): ()								
	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抗原どちらもない]									
	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抗体どちらもない ・ 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]									

告示番号 46 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: ()×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	平均血小板容積 (MPV): ()fL	
	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	補体値 (その他): ()		

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 (_____)

病名	12 毛細血管拡張性運動失調症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
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		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	発熱: [なし ・ あり]								
	眼	眼球結膜の毛細血管拡張: [なし ・ あり]			眼球運動失行: [なし ・ あり]			眼振: [なし ・ あり]		
	精神・神経	小脳性運動失調: 歩行障害: [なし ・ あり]			構語障害: [なし ・ あり]			舞踏様アテトーゼ: [なし ・ あり]		
	その他	低緊張性顔貌: [なし ・ あり]			流涎: [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	発熱: [なし ・ あり]								
	眼	眼球結膜の毛細血管拡張: [なし ・ あり]			眼球運動失行: [なし ・ あり]			眼振: [なし ・ あり]		
	精神・神経	小脳性運動失調: 歩行障害: [なし ・ あり]			構語障害: [なし ・ あり]			舞踏様アテトーゼ: [なし ・ あり]		
	その他	低緊張性顔貌: [なし ・ あり]			流涎: [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: ()%		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		補体値 (その他): ()								
α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL		未実施								
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]										
ウツ試験 (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: ()										
骨髄検査	骨髄検査: [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		麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍		麻疹ウイルスIgG (EIA): ()		未実施			
	EBV VCA IgG (EIA): ()		EBV VCA IgM (EIA): ()		EBV EBNA (EIA): ()		未実施			
	EBV VCA IgG (FA): ()倍		EBV VCA IgM (FA): ()倍		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	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)									
	所見: ()									
	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]										

告示番号 **55** 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: ()×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IgE: ()IU/mL
	血清IgA: ()mg/dL	血清IgM: ()mg/dL	血清IgG1: ()mg/dL	血清IgG2: ()mg/dL
	血清IgG3: ()mg/dL	血清IgG4: ()mg/dL	CH50: ()U/mL	補体値 (その他): ()
	α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL・未実施			

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: ()

骨髄検査
 骨髄検査: [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
 染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
 所見: ()

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: [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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
 HLAアリール一致度: [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 ()

病名	13 ナイミーヘン (Nijmegen) 染色体不安定症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな						(変更があった場合)			
氏名 (Alphabet)						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			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									
身体所見	小頭症 (-2.0SD 以下) : [なし ・ あり]								
症状	全身	低身長 (-2.0SD 以下) : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり]							
	その他	鳥様顔貌 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()							
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載									
身体所見	小頭症 (-2.0SD 以下) : [なし ・ あり]								
症状	全身	低身長 (-2.0SD 以下) : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり]							
	その他	鳥様顔貌 : [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 : () / 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 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 補体値 (その他) : ()								
	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 : () / 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 (その他) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()								
骨髄検査	骨髄検査 : [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) : ()								
	染色体検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()								
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]								

告示番号 **52** 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
 IgGサブクラス: IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL
 CH50: ()U/mL 補体値 (その他): ()
 α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL・未実施

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: ()

骨髄検査
 骨髄検査: [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
 染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
 所見: ()

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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
 HLAアレル一致度: [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 ()

病名	14 ブルーム (Bloom) 症候群										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		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	低身長 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり] 体重増加不良 : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	発疹 : [なし ・ あり] 性状 : () 日光過敏性紅斑 : [なし ・ あり]											
	その他	鳥様顔貌 : [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	低身長 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり] 体重増加不良 : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	発疹 : [なし ・ あり] 性状 : () 日光過敏性紅斑 : [なし ・ あり]											
	その他	鳥様顔貌 : [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 : () / 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 空腹時血糖 : () mg/dL HbA1c : () % 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 補体値 (その他) : ()												
	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 抗原どちらもない] 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 抗体どちらもない ・ 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 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 : () / 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 (その他) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()												
	骨髄検査	骨髄検査 : [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	染色体検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : () 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]											

告示番号 **54** 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: ()×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	空腹時血糖: ()mg/dL	
	HbA1c: ()%	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	補体値 (その他): ()		

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: ()

骨髄検査	骨髄検査: [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	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	所見: ()
	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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [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 ()

病名	15 ICF 症候群										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		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]								
	消化器	下痢: [なし ・ あり]											
	その他	眼間開離: [なし ・ あり]			耳介低位: [なし ・ あり]			巨舌: [なし ・ あり]					
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]								
	消化器	下痢: [なし ・ あり]											
	その他	眼間開離: [なし ・ あり]			耳介低位: [なし ・ あり]			巨舌: [なし ・ あり]					
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 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 補体値 (その他): ()												
	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: () / 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 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()												
骨髄検査	骨髄検査: [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): ()												
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
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]												

告示番号 **45** 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: ()×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				
	補体値 (その他): ()				
	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: ()		

感染症免疫学的検査	麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍	麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍	麻疹ウイルスIgG (EIA): ()	EBV VCA IgG (EIA): ()	EBV VCA IgM (EIA): ()	EBV EBNA (EIA): ()
	EBV VCA IgG (FA): ()倍	EBV VCA IgM (FA): ()倍	EBV EBNA (FA): ()倍			
	HIV 抗原・抗体測定: ()					
	特異的抗体 (その他): ()					

遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		
	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 ()			

病名	16 PMS2異常症					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]					
	皮膚・粘膜	発疹:[なし・あり] 性状:() カフエオレ斑:[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]					
	皮膚・粘膜	発疹:[なし・あり] 性状:() カフエオレ斑:[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 空腹時血糖:()mg/dL HbA1c:()% 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 補体値(その他):()										
	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:()					
	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:()										
骨髄検査	骨髄検査:[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	染色体検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
	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]										

告示番号 **53** 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: ()×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	空腹時血糖: ()mg/dL	
	HbA1c: ()%	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	補体値 (その他): ()		

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: ()

骨髄検査	骨髄検査: [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	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	所見: ()
	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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
	HLAアレル一致度: [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 ()			

病名	17 RIDDLE 症候群					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]				
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: ()								
	精神・神経	発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]				自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]				
	その他	注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]				限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]				
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]				
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: ()								
	精神・神経	発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]				自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]				
	その他	注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]				限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]				
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 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		補体値 (その他): ()								
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: () / 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 (その他): [未実施 ・ 実施]										
所見: ()										
骨髄検査	骨髄検査: [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): () 倍 ・ 未実施					
	EBV VCA IgG (EIA): () 倍 ・ 未実施		EBV VCA IgM (EIA): () 倍 ・ 未実施		EBV EBNA (EIA): () 倍 ・ 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): ()										

告示番号 56 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

遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	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]	

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
血液検査	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 補体値 (その他): ()
	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: ()	

骨髄検査	骨髄検査: [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	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	所見: ()
	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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
	HLA アリル一致度: [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 ()			

病名	18 シムケ (Schimke) 症候群										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		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	低身長 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり]		体重増加不良 : [なし ・ あり]		発熱 : [なし ・ あり]							
	その他	特徴的な顔貌 : [なし ・ あり]			不均衡体型 : [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	低身長 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり]		体重増加不良 : [なし ・ あり]		発熱 : [なし ・ あり]							
	その他	特徴的な顔貌 : [なし ・ あり]			不均衡体型 : [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 : () / 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						
血液検査	ヘマトクリット (Ht) : () %		血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L		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		補体値 (その他) : ()		
リンパ球機能検査	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]												
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 : () %		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 (その他) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()								
骨髄検査	骨髄検査 : [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	染色体検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
	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]												

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	補体値 (その他): ()		

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: ()

骨髄検査	骨髄検査: [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	染色体検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	所見: ()	
	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]	皮膚腫瘍: [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]
	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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
	HLAアレル一致度: [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 () _____

病名	19 胸腺低形成 (ディ・ジョージ (DiGeorge) 症候群/22q11.2欠失症候群)										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		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]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	その他	眼角膜離症: [なし ・ あり] 耳介低位: [なし ・ あり] 小耳介: [なし ・ あり] 小顎症: [なし ・ あり] 胸腺低形成: [なし ・ あり] □ 蓋裂: [なし ・ あり] 短人中: [なし ・ あり] 小さな口: [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]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	その他	眼角膜離症: [なし ・ あり] 耳介低位: [なし ・ あり] 小耳介: [なし ・ あり] 小顎症: [なし ・ あり] 胸腺低形成: [なし ・ あり] □ 蓋裂: [なし ・ あり] 短人中: [なし ・ あり] 小さな口: [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: () / μ L 好中球: () % リンパ球: () % 単球: () % 好酸球: () % 網赤血球: () % 赤血球数: () $\times 10^4$ / μ L ヘモグロビン (Hb): () g/dL ヘマトクリット (Ht): () % 血小板数: () $\times 10^4$ / μ L 血清 Ca: () mg/dL intact PTH: () pg/mL 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												
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): ()												
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: () / μ L B 細胞 (%): () % B 細胞絶対数: () / μ L NK 細胞 (%): () % NK 細胞絶対数: () / μ L												
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): ()												
画像検査	超音波検査 (心臓): 総動脈幹症: [なし ・ あり] ファロー四徴症: [なし ・ あり] 円錐動脈幹心奇形: [なし ・ あり] 大動脈弓離断: [なし ・ あり] 右大動脈弓: [なし ・ あり] 右鎖骨下動脈起始異常: [なし ・ あり] 先天性心疾患 (その他): ()												
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
	FISH: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												

告示番号 48 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

遺伝学的検査	マイクロアレイ染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	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]

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Ca: ()mg/dL intact PTH: ()pg/mL 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
	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): ()

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
----------	--

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): ()
	超音波検査 (心臓): 総動脈幹症: [なし ・ あり] ファロー四徴症: [なし ・ あり] 円錐動脈幹心奇形: [なし ・ あり] 大動脈弓離断: [なし ・ あり] 右大動脈弓: [なし ・ あり] 右鎖骨下動脈起始異常: [なし ・ あり] 先天性心疾患 (その他): ()

遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	FISH: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () マイクロアレイ染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () 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 (_____)

病名 20 高IgE症候群		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	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]	口内炎: [なし ・ あり]
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり] 病的骨折: [なし ・ あり]	関節過伸展: [なし ・ あり]	側弯: [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	特徴的な顔貌: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()	乳歯の脱落遅延: [なし ・ あり]	正中線奇形: [なし ・ あり]	
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] 病的骨折: [なし ・ あり]	関節過伸展: [なし ・ あり]	側弯: [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	特徴的な顔貌: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()	乳歯の脱落遅延: [なし ・ あり]	正中線奇形: [なし ・ あり]	
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: () $\times 10^4$ / μ L	ヘモグロビン (Hb): () g/dL	
リンパ球機能検査	ヘマトクリット (Ht): () %	血小板数: () $\times 10^4$ / μ L	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	
	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 (基準値): () cpm	PHA 反応 SI (Stimulation index): ()	
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: () / μ L	
	B 細胞 (%): () %	B 細胞絶対数: () / μ L	NK 細胞 (%): () %	NK 細胞絶対数: () / μ L	
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): ()			
骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA 法): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		
画像検査	若年成人平均値 (YAM) の 80% 未満: [なし ・ あり]		同年齢比較: () %		
	画像検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
遺伝学的検査	気管支拡張症: [なし ・ あり]		肺嚢胞: [なし ・ あり]		
	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]					

告示番号 **49** 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: ()×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

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): ()

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	Th17細胞数: [未実施 ・ 実施]	Th17細胞数 (検査方法): ()
	Th17細胞数 (測定値): ()%	

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): ()		

骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	若年成人平均値 (YAM) の80%未満: [なし ・ あり]	同年齢比較: ()%

画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	気管支拡張症: [なし ・ あり]	肺嚢胞: [なし ・ あり]

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: ()	

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]

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 ()

病名	21 肝中心静脈閉鎖症を伴う免疫不全症										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: () 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						
血液検査	ヘマトクリット (Ht): () %		血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L		AST: () U/L		ALT: () U/L						
	血清総ビリルビン (T-Bil): () mg/dL		血清IgA: () mg/dL		血清IgM: () mg/dL		血清総IgE: () IU/mL						
	血清IgG: () mg/dL		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													
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): ()												
画像検査	超音波検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
	CT 検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
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]												

告示番号 47 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：()×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		
	血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL	AST：()U/L	ALT：()U/L	
	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

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)：()

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

骨髄検査	骨髄検査：[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)：()		

画像検査	超音波検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
	所見：()
	CT検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
	所見：()

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 (_____)

病名 22 先天性角化異常症		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	
	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					
身体所見	小頭症 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり]				
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] 網状色素沈着 : [なし ・ あり] □ 内炎 : [なし ・ あり] 口腔粘膜白斑症 : [なし ・ あり] 爪の萎縮 : [なし ・ あり] 頭髪の消失、白髪 : [なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節炎 : [なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	骨粗鬆症 : [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] 食道狭窄 : [なし ・ あり]			
	精神・神経	小脳性運動失調 : [なし ・ あり ・ 不明]			
	その他	歯牙異常 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()			
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載					
身体所見	小頭症 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり]				
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] 網状色素沈着 : [なし ・ あり] □ 内炎 : [なし ・ あり] 口腔粘膜白斑症 : [なし ・ あり] 爪の萎縮 : [なし ・ あり] 頭髪の消失、白髪 : [なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節炎 : [なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	骨粗鬆症 : [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] 食道狭窄 : [なし ・ あり]			
	精神・神経	小脳性運動失調 : [なし ・ あり ・ 不明]			
	その他	歯牙異常 : [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 : () / 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 血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL AST : () U/L ALT : () U/L 血清 IgG : () mg/dL 血清 IgA : () mg/dL 血清 IgM : () mg/dL 血清総 IgE : () IU/mL				
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) : ()				
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 : () / μ L B 細胞 (%) : () % B 細胞絶対数 : () / μ L NK 細胞 (%) : () % NK 細胞絶対数 : () / μ L				
骨髄検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()				
画像検査	CT 検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()				

告示番号 51 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

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] テロメア長測定: ()SD
--------	--

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 血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL AST: ()U/L ALT: ()U/L 血清IgG: ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL
------	---

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): ()
----------	--

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
----------	--

骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
------	--

画像検査	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
------	---

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] テロメア長測定: ()SD
--------	--

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] 補充療法: [なし ・ あり] 詳細: () 免疫グロブリン療法: [未実施 ・ 静注 ・ 皮下注] 用量: ()g/週 アンドロゲン療法: [なし ・ あり]
------	--

輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 血小板輸血: [なし ・ あり]
------	---------------------------------------

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 ()

病名	23 X連鎖無ガンマグロブリン血症										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: ()/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IgG (トラフ値): ()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 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: ()												
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): ()												

告示番号 2 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

遺伝学的検査: [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]

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IgG (トラフ値): ()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 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: ()

骨髄検査
 骨髄検査: [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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
 HLAアリール一致度: [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 ()

病名	24 分類不能型免疫不全症					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		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: ()/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IgE: ()IU/mL		血清IgM: ()mg/dL		血清IgG2: ()mg/dL		血清IgG3: ()mg/dL	
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 (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: ()							
感染症疫学的検査	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]							

告示番号 **7** 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: ()×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IgG (トランプ値): ()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 (基準値): ()cpm	PHA反応 SI (Stimulation index): ()
	PHA反応 (測定値): ()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: ()
------	--

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 ()	

病名	25 高IgM症候群					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			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: ()/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IgG (トラフ値): ()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抗原どちらもない]										
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抗体どちらもない ・ 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: ()									
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]										

告示番号 **3** 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: ()×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IgG (トラフ値): ()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 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: ()
骨髄検査	骨髄検査: [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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLA アリル一致度: [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 () _____

病名	26 IgG サブクラス欠損症					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			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: ()/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IgG (トラフ値): ()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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない ・ 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: ()											
骨髄検査	骨髄検査: [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]										

告示番号 **1** 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: ()×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IgG (トラフ値): ()mg/dL	血清IgA: ()mg/dL	血清IgM: ()mg/dL
	血清総IgE: ()IU/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 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: ()

骨髄検査	骨髄検査: [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]	皮膚腫瘍: [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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
	HLAアレル一致度: [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 (_____)

病名	27 選択的IgA欠損					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			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: ()/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IgG (トラフ値): ()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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない ・ 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: ()									
骨髄検査	骨髄検査: [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]									

告示番号 **4** 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: ()×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IgG (トラフ値): ()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 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: ()
骨髄検査	骨髄検査: [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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLA アリル一致度: [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 (_____)

病名	28 特異抗体産生不全症					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			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: ()/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IgG (トラフ値): ()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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない ・ 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: ()										
骨髄検査	骨髄検査: [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]									

告示番号 **5** 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: ()×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IgE: ()IU/ml	血清IgG (トラフ値): ()mg/dL	血清IgM: ()mg/dL	血清IgD: ()mg/dL

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: ()

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 アリル一致度: [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 ()

病名	29 乳児一過性低ガンマグロブリン血症					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			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: ()/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IgG (トラフ値): ()mg/dL		血清IgA: ()mg/dL
	血清IgE: ()IU/mL		血清IgM: ()mg/dL		血清IgG1: ()mg/dL		血清IgG2: ()mg/dL		血清IgG3: ()mg/dL
血清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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない ・ 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: ()									
骨髄検査	骨髄検査: [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]								

告示番号 **6** 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: ()×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IgG (トラフ値): ()mg/dL
	血清IgE: ()IU/mL	血清IgA: ()mg/dL	血清IgM: ()mg/dL	血清IgG1: ()mg/dL

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
PHA反応 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: ()/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: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
所見: ()	

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 アリル一致度: [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 ()

病名	30 23から29までに掲げるもののほか、液性免疫不全を主とする疾患 (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)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI		
		年 月 日		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] □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: ()/μL		好中球: ()%		リンパ球: ()%		単球: ()%		好酸球: ()%		
	ヘマトクリット (Ht): ()%		網赤血球: ()%		赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL				
	血清IgG: ()mg/dL		血清IgG (トラフ値): ()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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない ・ 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: ()										
骨髄検査	骨髄検査: [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): ()										

告示番号 8 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

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]

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

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IgG (トラフ値): ()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: ()

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: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
 所見: ()

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): ()倍・未実施
 EBV VCA IgG (EIA): ()倍・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ()倍・未実施 EBV EBNA (EIA): ()倍・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: [なし ・ あり]
 詳細: ()

家族歴: 本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
 詳細: ()

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): ()

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)

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アリール一致度: [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 (その他): ()

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 ()

病名	31 チェディアック・東 (Chediak-Higashi) 症候群					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		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] 口内炎: [なし ・ あり] 毛髪の異常: [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] 腸炎: [なし ・ あり]						
	精神・神経	小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害: [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] 口内炎: [なし ・ あり] 毛髪の異常: [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] 腸炎: [なし ・ あり]						
	精神・神経	小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害: [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 白血球巨大顆粒: [なし ・ あり] 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 補体値 (その他): ()							
	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 PHA反応 SI (Stimulation index): ()							
	NK細胞活性: () % 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: () / 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 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()							
	骨髄検査: [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): ()							

告示番号 43 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

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] 所見 (その他): ()
--------	--

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 白血球巨大顆粒: [なし ・ あり] 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 補体値 (その他): () 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): () NK細胞活性: ()% 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: ()
----------	---

骨髄検査	骨髄検査: [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] 所見 (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: ()
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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [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 ()			

病名	32 X連鎖リンパ増殖症候群										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		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] 口内炎: [なし ・ あり] 毛髪の異常: [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] 腸炎: [なし ・ あり]											
	精神・神経	小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害: [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] 口内炎: [なし ・ あり] 毛髪の異常: [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] 腸炎: [なし ・ あり]											
	精神・神経	小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害: [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 補体値 (その他): ()												
	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 抗原どちらもない] 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 抗体どちらもない ・ 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 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: () / μ L B 細胞 (%): () % B 細胞絶対数: () / μ L NK 細胞 (%): () % NK 細胞絶対数: () / μ L iNKT 細胞 ($V\alpha 24 + V\beta 11 + CD3+$): () % 細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()												
	骨髄検査: [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): ()												

告示番号 41 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

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] 所見 (その他): ()
--------	--

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 補体値 (その他): () 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 iNKT細胞 (Vα24+Vβ11+CD3+): ()% 細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()
----------	--

骨髄検査	骨髄検査: [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] 所見 (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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [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 ()			

病名	33 自己免疫性リンパ増殖症候群 (ALPS)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな						(変更があった場合)				
氏名						ふりがな				
(Alphabet)						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] □ 肉炎: [なし ・ あり] 毛髪の異常: [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] 腸炎: [なし ・ あり]								
	精神・神経	小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害: [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] □ 肉炎: [なし ・ あり] 毛髪の異常: [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] 腸炎: [なし ・ あり]								
	精神・神経	小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害: [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 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 ビタミン B ₁₂ : () pg/mL ・ 未実施 補体値 (その他): () 血漿 sFASL (soluble FAS ligand): () pg/mL ・ 未実施 血漿 IL-10: () pg/mL ・ 未実施 血漿 IL-18: () pg/mL ・ 未実施									
	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 抗原どちらもない] 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 抗体どちらもない ・ 抗 A 抗体と抗 B 抗体の両方あり] 抗 A、抗 B 抗体価: () 自己抗体: [未実施 ・ 実施] 所見: ()									
	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: () / μ L B 細胞 (%): () % B 細胞絶対数: () / μ L NK 細胞 (%): () % NK 細胞絶対数: () / μ L CD3+TCR α β + CD4-CD8-T 細胞: () % 細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()							
	骨髄検査		骨髄検査: [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): ()									

告示番号 42 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

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] 所見 (その他): ()
--------	--

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 ビタミンB ₁₂ : ()pg/mL・未実施 補体値 (その他): () 血漿sFASL (soluble FAS ligand): ()pg/mL・未実施 血漿IL-10: ()pg/mL・未実施 血漿IL-18: ()pg/mL・未実施
	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: () 自己抗体: [未実施 ・ 実施] 所見: ()

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 CD3+TCRαβ+CD4-CD8-T細胞: ()% 細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()
----------	--

骨髄検査	骨髄検査: [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] 所見 (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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度: [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 ()			

病名	34 31から33までに掲げるもののほか、免疫調節障害 (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)		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] □内炎:[なし・あり] 毛髪の異常:[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] 腸炎:[なし・あり]		
	精神・神経	小脳性運動失調:[なし・あり・不明] 末梢神経障害:[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] 毛髪の異常:[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] 腸炎:[なし・あり]		
	精神・神経	小脳性運動失調:[なし・あり・不明] 末梢神経障害:[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		白血球巨大顆粒:[なし・あり]				
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		
CH50:()U/mL		補体値(その他):()						
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(基準値):()cpm		PHA反応SI(Stimulation index):()	
	PHA反応(測定値):()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		CD3+TCRαβ+CD4-CD8-T細胞:()%	
	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):()							

告示番号 44 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

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] 所見 (その他): ()
--------	--

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 白血球巨大顆粒: [なし ・ あり] 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 CH50: ()U/mL 補体値 (その他): ()
------	--

	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 CD3+TCRαβ+CD4-CD8-T細胞: ()% 細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()
----------	--

骨髄検査	骨髄検査: [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] 所見 (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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度: [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 ()			

病名	35 重症先天性好中球減少症						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] 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		CH50: ()U/mL			
	血清IgM: ()mg/dL		血清総IgE: ()IU/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抗原どちらもない] 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抗体どちらもない ・ 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 (基準値): ()cpm		PHA反応 SI (Stimulation index): ()			
	PHA反応 (測定値): ()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): ()									
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]									

告示番号 **10** 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: ()%	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): ()

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アリール一致度: [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 (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
医療機関住所	年 月 日
	診療科
	医師名
	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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		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IgM: ()mg/dL		血清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: ()													
骨髄検査	骨髄検査: [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): ()													

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) **2/2**

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]
--------	---

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: ()% 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: ()IU/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: ()
----------	---

骨髄検査	骨髄検査: [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): ()

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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [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 (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 ()			

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)		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] □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 (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: ()									
骨髄検査	骨髄検査: [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): ()									

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]
--------	---

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: ()% 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: ()
----------	---

骨髄検査	骨髄検査: [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): ()
------	--

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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度: [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 ()	

病名	38 白血球接着不全症										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		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] 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: ()% 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: ()												
	好中球活性酸素産生能 (殺菌能): [未実施 ・ 実施] 方法: [DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他] 結果: ()% NBT還元能: [未実施 ・ 実施] 対照: ()% 患者結果: ()%												
	好中球貪食能: [未実施 ・ 実施] 結果: ()%												
顆粒球スクリーニング検査	所見: ()												
	好中球遊走能: () 好中球粘着能: ()												
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 CD18: () CD11b: ()												
	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: ()												

告示番号 **13** 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**

遺伝学的検査: [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]

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: ()% 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
 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: ()

顆粒球スクリーニング検査
 好中球活性酸素産生能 (殺菌能): [未実施 ・ 実施] 方法: [DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他] 結果: ()%
 NBT還元能: [未実施 ・ 実施] 対照: ()% 患者結果: ()%
 好中球貪食能: [未実施 ・ 実施] 結果: ()%
 所見: ()
 好中球遊走能: ()
 好中球粘着能: ()

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
 CD18: () CD11b: ()
 細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施]
 所見: ()

骨髄検査
 骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
 所見: ()

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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
 HLAアレル一致度: [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 ()

病名	39 シュワッハマン・ダイヤモンド (Shwachman-Diamond) 症候群						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			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] 口内炎: [なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]		骨格異常: [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]		骨格異常: [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: ()% 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 ヘモグロビンF (HbF): ()% 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: ()										
	骨髄検査: [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): ()										
	膵外分泌機能検査: [なし ・ あり]										

告示番号 12 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

遺伝学的検査: [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]

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査
 白血球数: ()/ μ L 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()%
 好酸球: ()% 赤血球数: () $\times 10^4$ / μ L ヘモグロビン (Hb): ()g/dL
 ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: () $\times 10^4$ / μ L ヘモグロビンF (HbF): ()%
 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: ()/ 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 (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): ()

腺外分泌機能検査
 腺外分泌機能異常: [なし ・ あり]

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アリール一致度: [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 (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 ()

病名 40 慢性肉芽腫症		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		
出生体重		g		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) 年 月 日		体重 (測定日) 年 月 日		
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]		
	皮膚・粘膜	発疹: [なし・あり] 性状: ()		リンパ節腫脹: [なし・あり]		
	筋・骨格	関節炎: [なし・あり]		膿痂疹・皮膚膿瘍: [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	びまん性肉芽腫: [なし・あり]		気道: [なし・あり] 消化器: [なし・あり]		
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]		
	皮膚・粘膜	発疹: [なし・あり] 性状: ()		リンパ節腫脹: [なし・あり]		
	筋・骨格	関節炎: [なし・あり]		膿痂疹・皮膚膿瘍: [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	びまん性肉芽腫: [なし・あり]		気道: [なし・あり] 消化器: [なし・あり]		
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: ()%	
	好酸球: ()%		網赤血球: ()%		単球: ()%	
	ヘマトクリット(Ht): ()%		血小板数: ()×10 ⁴ /μL		赤血球数: ()×10 ⁴ /μL	
血清IgA: ()mg/dL		血清IgM: ()mg/dL		血清IgG: ()mg/dL		
CH50: ()U/mL		血清総IgE: ()IU/mL		補体値(その他): ()		
末梢血塗抹(ペルオキシダーゼ染色): [未実施・実施]						
所見: ()						
顆粒球スクリーニング検査	好中球活性酸素産生能(殺菌能): [未実施・実施]		方法: [DHR-123法・DCFH法・その他]		結果: ()%	
	NBT還元能: [未実施・実施]		対照: ()%		患者結果: ()%	
	好中球貪食能: [未実施・実施]		結果: ()%			
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: ()						
骨髄検査	骨髄検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日)					
所見: ()						
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日)					
	CGD病型: [gp91phox欠損・p22phox欠損・p47phox欠損・p67phox欠損・p40phox欠損・不明]					
	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]						

告示番号 **14** 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: ()% 好酸球: ()% ヘマトクリット (Ht): ()% 血清IgA: ()mg/dL CH50: ()U/mL 補体値 (その他): ()	網赤血球: ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgM: ()mg/dL	リンパ球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgG: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL	単球: ()% ヘモグロビン (Hb): ()g/dL
	末梢血塗抹 (ペルオキシダーゼ染色): [未実施 ・ 実施] 所見: ()			

顆粒球スクリーニング検査	好中球活性酸素産生能 (殺菌能): [未実施 ・ 実施] 方法: [DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他] 結果: ()%
	NBT還元能: [未実施 ・ 実施] 対照: ()% 患者結果: ()% 好中球貪食能: [未実施 ・ 実施] 結果: ()% 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: ()
------	--

遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) CGD病型: [gp91phox欠損 ・ p22phox欠損 ・ p47phox欠損 ・ p67phox欠損 ・ p40phox欠損 ・ 不明] 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]
	CGD腸炎/潰瘍性大腸炎: [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] 肺膿瘍: [なし ・ あり] 敗血症: [なし ・ あり] 骨髄炎: [なし ・ あり] 皮膚膿瘍: [なし ・ あり] 蜂窩織炎: [なし ・ あり] 肝膿瘍/脾膿瘍: [なし ・ あり] 肛門周囲膿瘍: [なし ・ あり] BCGによるリンパ節炎: [なし ・ あり] アスペルギルス肺炎: [なし ・ あり] カンジダ感染症: [なし ・ あり] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化: [なし ・ あり] 既往歴 (その他): ()

治療歴	入院治療を要する感染症 (CGD): [なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満] 抗菌薬点滴静注を要する感染症 (CGD): [なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満] ウイルス感染症の重症化 (CGD): [なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満] 真菌感染症の重症化 (CGD): [なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満]
-----	---

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 (_____)

病名	41 ミエロペルオキシダーゼ欠損症					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		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: () 口内炎: [なし ・ あり] 膿痂疹・皮膚膿瘍: [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: () 口内炎: [なし ・ あり] 膿痂疹・皮膚膿瘍: [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		
CH50: ()U/mL		血清IgE: ()IU/mL		補体値 (その他): ()						
末梢血塗抹 (ペルオキシダーゼ染色): [未実施 ・ 実施] 所見: ()										
顆粒球 スクリーニング検査	好中球活性酸素産生能 (殺菌能): [未実施 ・ 実施]		方法: [DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他]		結果: ()%					
	NBT還元能: [未実施 ・ 実施]		対照: ()%		患者結果: ()%					
	好中球貪食能: [未実施 ・ 実施]		結果: ()%							
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: ()					
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]									

告示番号 **15** 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: ()×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			
	補体値 (その他): ()			

	末梢血塗抹 (ペルオキシダーゼ染色): [未実施 ・ 実施]	
	所見: ()	

顆粒球スクリーニング検査	好中球活性酸素産生能 (殺菌能): [未実施 ・ 実施]	方法: [DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他]	結果: ()%
	NBT還元能: [未実施 ・ 実施]	対照: ()%	患者結果: ()%
	好中球貪食能: [未実施 ・ 実施]	結果: ()%	
	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: ()	

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]
	CGD腸炎/潰瘍性大腸炎: [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]	肺膿瘍: [なし ・ あり]	敗血症: [なし ・ あり]
	骨髄炎: [なし ・ あり]	皮膚膿瘍: [なし ・ あり]	蜂窩織炎: [なし ・ あり]
	肝膿瘍/脾膿瘍: [なし ・ あり]	肛門周囲膿瘍: [なし ・ あり]	BCGによるリンパ節炎: [なし ・ あり]
	アスペルギルス肺炎: [なし ・ あり]	カンジダ感染症: [なし ・ あり]	ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化: [なし ・ あり]
	既往歴 (その他): ()		

治療歴	入院加療を要する感染症 (CGD): [なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満]
	抗菌薬点滴静注を要する感染症 (CGD): [なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満]
	ウイルス感染症の重症化 (CGD): [なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満]
	真菌感染症の重症化 (CGD): [なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満]

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]
	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 (_____)

病名	42 メンデル遺伝型マイコプラズマ感染症										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		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] □ 肉芽腫: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]			骨髄炎: [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] □ 肉芽腫: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]			骨髄炎: [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: () % 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 IgA: () mg/dL 血清 IgM: () mg/dL 血清総 IgE: () IU/mL 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 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: () / 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 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()												
骨髄検査	骨髄検査: [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): ()												
細菌検査	培養同定 (血液): [未実施 ・ 実施] 検出の有無: [非検出 ・ 検出] 菌名: ()												
	培養同定 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 検出の有無: [非検出 ・ 検出] 菌名: ()												
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): () 倍 ・ 未実施												
	EBV VCA IgG (EIA): () 倍 ・ 未実施 EBV VCA IgM (EIA): () 倍 ・ 未実施 EBV EBNA (EIA): () 倍 ・ 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): ()												

告示番号 16 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

遺伝学的検査: [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]

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: ()% 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 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 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: ()

骨髄検査
 骨髄検査: [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): ()

細菌検査
 培養同定 (血液): [未実施 ・ 実施] 検出の有無: [非検出 ・ 検出] 菌名: ()
 培養同定 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 検出の有無: [非検出 ・ 検出] 菌名: ()

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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
 HLAアレル一致度: [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 ()

病名	43 38から42までに掲げるもののほか、白血球機能異常 (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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
	年 月 日	年 月 日		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	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	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: ()%
	ヘマトクリット (Ht): ()%		赤血球数: () × 10 ⁴ /μL		血小板数: () × 10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		
血液検査	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		
血液検査	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]						
	ウツ試験 (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: ()								
顆粒球スクリーニング検査	好中球活性酸素産生能 (殺菌能): [未実施 ・ 実施]		方法: [DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他]		結果: ()%				
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 (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: ()								
骨髄検査	骨髄検査: [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): ()								
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				
感染症免疫学的検査	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): ()								

告示番号 17 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

遺伝学的検査: [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]

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: ()% 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
 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: ()

顆粒球スクリーニング検査
 好中球活性酸素産生能 (殺菌能): [未実施 ・ 実施] 方法: [DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他] 結果: ()%

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): ()

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 アリール一致度: [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 ()

病名 44 免疫不全を伴う無汗性外胚葉形成異常症		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
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)
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	kg (SD) 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
	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]	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]
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明] 痙攣: [なし・あり]		
	その他	外胚葉異常所見: 歯牙欠損/萌出不全: [なし・あり] 円錐状歯: [なし・あり] 発汗低下または無汗症: [なし・あり] 粗な頭髪や眉毛: [なし・あり] 外胚葉異常所見(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]	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]
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明] 痙攣: [なし・あり]		
	その他	外胚葉異常所見: 歯牙欠損/萌出不全: [なし・あり] 円錐状歯: [なし・あり] 発汗低下または無汗症: [なし・あり] 粗な頭髪や眉毛: [なし・あり] 外胚葉異常所見(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
リンパ球機能検査	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
	CH50: ()U/mL			
	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): ()	
細胞表面抗原検査	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: ()/μL	B細胞(%):()% B細胞絶対数: ()/μL	NK細胞(%):()%	NK細胞絶対数: ()/μL
感染症免疫学的検査	細胞表面抗原検査(その他): [未実施・実施] 所見: ()			
	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	
遺伝学的検査	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]			

告示番号 **24** 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: ()% 好酸球: ()% ヘマトクリット (Ht): ()% 血清IgG: ()mg/dL IgG1: ()mg/dL CH50: ()U/mL	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): ()	
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: CD4: ()% B細胞 (%): ()%	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	麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍 EBV VCA IgG (EIA): () EBV VCA IgG (FA): ()倍 HIV 抗原・抗体測定: () 特異的抗体 (その他): ()	麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍 EBV VCA IgM (EIA): () EBV VCA IgM (FA): ()倍	麻疹ウイルスIgG (EIA): () EBV EBNA (EIA): () EBV EBNA (FA): ()倍	・未実施 ・未実施 ・未実施 ・未実施 ・未実施
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] DNA変異: () アミノ酸変異: () 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]	実施日: (年 月 日)	遺伝子名: ()	

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: ()
予防接種歴	肺炎球菌ワクチン接種歴: [なし ・ あり] 詳細: ()
既往歴	アレルギー疾患: [なし ・ あり] 炎症性腸疾患: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり] 皮膚膿瘍: [なし ・ あり] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化: [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] 予防投与 (抗菌薬): [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: ()	免疫抑制薬: [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]
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] ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] HLAアレル一致度: [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] 前処置: ()	実施日: (年 月 日) 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明]
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 (_____)

病名	45 IRAK4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			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]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 痙攣: [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]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 痙攣: [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 CH50: () U/mL												
	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: () / 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 (その他): [未実施 ・ 実施] 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]											

告示番号 **21** 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	リンパ球: ()%	単球: ()%	好酸球: ()%
	白血球分画: 好中球: ()%	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL	
	網赤血球: ()%	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	血清IgG: ()mg/dL	
	ヘマトクリット (Ht): ()%	血清IgM: ()mg/dL	血清総IgE: ()IU/mL	
	血清IgA: ()mg/dL	IgG2: ()mg/dL	IgG3: ()mg/dL	IgG4: ()mg/dL
	IgGサブクラス: IgG1: ()mg/dL			
	CH50: ()U/mL			

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: ()	

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	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: ()
-----	---------------------------	---------

予防接種歴	肺炎球菌ワクチン接種歴: [なし ・ あり]	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]
	臍帯脱落遅延: [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]	髄膜炎: [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]
	免疫グロブリン療法: [未実施 ・ 静注 ・ 皮下注] 用量: ()g/週	予防投与 (抗ウイルス薬): [なし ・ あり]
	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 () _____

病名	46 MyD88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		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]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 痙攣: [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]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 痙攣: [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						
リンパ球機能検査	ヘマトクリット (Ht): () %			血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L									
	血清 IgG: () mg/dL		血清 IgA: () mg/dL		血清 IgM: () mg/dL		血清 IgE: () IU/mL						
	IgG1: () mg/dL		IgG2: () mg/dL		IgG3: () mg/dL		IgG4: () mg/dL						
	CH50: () U/mL												
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 (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: () / 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 (その他): [未実施 ・ 実施] 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): () 倍 ・ 未実施						
	EBV VCA IgG (EIA): () 倍 ・ 未実施			EBV VCA IgM (EIA): () 倍 ・ 未実施			EBV EBNA (EIA): () 倍 ・ 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]												

告示番号 **23** 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: ()×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
	CH50: ()U/mL			

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: ()

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: ()
-----	---------------------------	---------

予防接種歴	肺炎球菌ワクチン接種歴: [なし ・ あり]	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]
	臍帯脱落遅延: [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]	髄膜炎: [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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
	HLAアレル一致度: [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 ()

病名	47 慢性皮膚粘膜カンジダ症					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			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] 毛嚢炎: [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] 毛嚢炎: [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 CH50: ()U/mL									
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 Th17細胞数: [未実施 ・ 実施] Th17細胞数 (検査方法): () Th17細胞数 (測定値): ()% 細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()									
感染症疫学的検査	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): ()									

告示番号 **22** 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**

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]
--------	---

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 IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL CH50: ()U/mL
------	---

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 Th17細胞数: [未実施 ・ 実施] Th17細胞数 (検査方法): () Th17細胞数 (測定値): ()% 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	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] 内分泌異常疾患: [なし ・ あり] 脳動脈瘤: [なし ・ あり] 脱毛症: [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] 髄膜炎: [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] 侵襲性真菌感染症: [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 ()			

病名	44から47までに掲げるもののほか、自然免疫異常 (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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
	年 月 日	年 月 日		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]			
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 痙攣: [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]		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]			
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 痙攣: [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: ()%
	ヘマトクリット (Ht): ()%		血小板数: ()×10 ⁴ /μL		赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		
リンパ球機能検査	血清IgG: ()mg/dL		血清IgA: ()mg/dL		血清IgM: ()mg/dL		血清IgE: ()IU/mL		lgG1: ()mg/dL
	lgG2: ()mg/dL		lgG3: ()mg/dL		lgG4: ()mg/dL		CH50: ()U/mL		
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 (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: ()								
髄液検査	髄液検査: [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		
画像検査	HIV 抗原・抗体測定: () 特異的抗体 (その他): ()								
	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査方法: () 臓器の有無: [あり ・ なし]								
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]								

告示番号 **25** 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: ()% 好酸球: ()% ヘマトクリット (Ht): ()% 血漿IgG: ()mg/dL lgG1: ()mg/dL CH50: ()U/mL	好中球: ()% 網赤血球: ()% 血小版数: ()×10 ⁴ /μL 血漿IgA: ()mg/dL lgG2: ()mg/dL	リンパ球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL 血漿IgM: ()mg/dL lgG3: ()mg/dL	単球: ()% ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 血漿総IgE: ()IU/mL lgG4: ()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): ()	
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: CD4: ()% B細胞 (%): ()%	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
髄液検査	髄液検査: [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 EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定: () 特異的抗体 (その他): ()	麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施	麻疹ウイルスIgG (EIA): ()・未実施 EBV EBNA (EIA): ()・未実施 EBV EBNA (FA): ()倍・未実施	
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 臓器の有無: [あり ・ なし]	実施日: ()年 ()月 ()日 所見: ()		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] DNA変異: () アミノ酸変異: () 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]	実施日: ()年 ()月 ()日 遺伝子名: () 所見: ()		

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: ()
予防接種歴	肺炎球菌ワクチン接種歴: [なし ・ あり] 詳細: ()
既往歴	アレルギー疾患: [なし ・ あり] 悪性腫瘍: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり] 皮膚膿瘍: [なし ・ あり] ニューモシスチス肺炎: [なし ・ あり] 抗酸菌感染: [なし ・ あり] 既往歴 (その他): ()
治療歴	自己免疫疾患: [なし ・ あり] 表皮の多発疣贅: [なし ・ あり] 肺炎: [なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症: [なし ・ あり] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化: [なし ・ あり] トリパノソーマ症: [なし ・ あり]
自己炎症疾患: [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 髄膜炎: [なし ・ あり] 侵襲性真菌感染症: [なし ・ あり]	
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] 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: ()	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]
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] ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] HLA アリル一致度: [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] 前処置: ()	移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明]
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 () _____

病名	49 先天性補体欠損症										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		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: () □ 内炎: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]			関節痛: [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]					
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]											
	その他	顔面低形成: [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: () □ 内炎: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]			関節痛: [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]					
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]											
	その他	顔面低形成: [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: () / μ L		好中球: () %		リンパ球: () %		単球: () %						
	好酸球: () %		網赤血球: () %		赤血球数: () $\times 10^4$ / μ L		ヘモグロビン (Hb): () g/dL						
血液検査	ヘマトクリット (Ht): () %		血小板数: ()										
	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						
	C3: () mg/dL		C4: () mg/dL		CH50: () U/mL		抗核抗体: () 倍 ・ 未実施						
	補体値 (その他): ()												
	自己抗体: [未実施 ・ 実施]												
	所見: ()												
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: () / μ L						
	B 細胞 (%): () %		NK 細胞 (%): () %		NK 細胞絶対数: () / μ L								
細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()													
尿検査	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]						蛋白尿: [なし ・ あり]						
病理検査	腎生検: [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]												

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
	IgG1: ()mg/dL	IgG2: ()mg/dL	IgG3: ()mg/dL	IgG4: ()mg/dL
	C3: ()mg/dL	C4: ()mg/dL	CH50: ()U/mL	抗核抗体: ()倍・未実施
	補体値 (その他): ()			
	自己抗体: [未実施 ・ 実施]			
	所見: ()			

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: ()

尿検査	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]	蛋白尿: [なし ・ あり]
-----	-----------------------------	------------------

病理検査	腎生検: [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]	溶血性貧血: [なし ・ あり]	非典型性溶血性尿毒症症候群: [なし ・ あり]
	悪性腫瘍: [なし ・ あり]	易感染性: [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]	抗感染感染: [なし ・ あり]
	中耳炎: [なし ・ あり]	回数: ()回	起因菌: ()
	副鼻腔炎: [なし ・ あり]	回数: ()回	起因菌: ()
	肺炎: [なし ・ あり]	回数: ()回	起因菌: ()
	菌血症: [なし ・ あり]	回数: ()回	起因菌: ()
	細菌性髄膜炎: [なし ・ あり]	回数: ()回	起因菌: ()
	皮膚膿瘍: [なし ・ あり]	回数: ()回	起因菌: ()
		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: ()		

血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]	導入年月: (年 月)
	血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]	導入年月: (年 月)

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 アリル一致度: [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 (_____)

病名	50 遺伝性血管性浮腫 (C1インヒビター欠損症)										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			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	皮下浮腫・粘膜下浮腫: [なし ・ あり]			口内炎: [なし ・ あり]			発疹: [なし ・ あり] 性状: ()					
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喉頭浮腫: [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	腹痛: [なし ・ あり]			悪心: [なし ・ あり]			嘔吐: [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	皮下浮腫・粘膜下浮腫: [なし ・ あり]			口内炎: [なし ・ あり]			発疹: [なし ・ あり] 性状: ()					
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喉頭浮腫: [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	腹痛: [なし ・ あり]			悪心: [なし ・ あり]			嘔吐: [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						
血液検査	ヘマトクリット (Ht): () %		血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L		血清 IgG: () mg/dL		血清 IgA: () mg/dL		血清 IgM: () mg/dL		血清 IgE: () IU/mL		
	IgG1: () mg/dL		IgG2: () mg/dL		IgG3: () mg/dL		IgG4: () mg/dL						
	C3: () mg/dL		C4: () mg/dL		CH50: () U/mL		抗核抗体: () 倍 ・ 未実施						
	C1インヒビター抗原: [未実施 ・ 正常 ・ 低下]		C1インヒビター活性: () %										
	補体値 (その他): ()												
	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 (基準値): () cpm PHA 反応 SI (Stimulation index): ()												
リンパ球機能検査	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: () / 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 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()												
尿検査	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]					蛋白尿: [なし ・ あり]							
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		特異的抗体 (その他): ()										
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 部位: ()					所見: ()							

告示番号 **26** 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**

遺伝学的検査: [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]

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
 IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL
 C3: ()mg/dL C4: ()mg/dL CH50: ()U/mL 抗核抗体: ()倍・未実施
 C1インヒビター抗原: [未実施 ・ 正常 ・ 低下] C1インヒビター活性: ()%
 補体値 (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 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: ()

尿検査
 血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 蛋白尿: [なし ・ あり]

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
 特異的抗体 (その他): ()

画像検査
 超音波検査: [未実施 ・ 実施] 部位: ()
 所見: ()

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]
 既往歴 (その他): ()

治療歴
 入院加療を要する浮腫: [なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上]

発症年齢
 発症年齢: ()歳

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法
 トラネキサム酸: [なし ・ あり] 蛋白同化ホルモン: [なし ・ あり] ステロイド薬: [なし ・ あり]
 免疫抑制薬: [なし ・ あり] C1-INH製剤: [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
 薬物療法 (その他): ()

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アリル一致度: [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 ()

病名	51 49及び50に掲げるもののほか、先天性補体欠損症 (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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
	年 月 日	年 月 日		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: () 口内炎: [なし ・ あり]								
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]		関節痛: [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]				
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]								
	その他	顔面低形成: [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: () 口内炎: [なし ・ あり]								
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]		関節痛: [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]				
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]								
	その他	顔面低形成: [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: ()%		網赤血球: ()%		赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL			
血液検査	ヘマトクリット (Ht): ()%		血小板数: ()		血清IgG: ()mg/dL		血清IgA: ()mg/dL		血清IgM: ()mg/dL	
	血清IgG1: ()mg/dL		血清IgG2: ()mg/dL		血清IgG3: ()mg/dL		血清総IgE: ()IU/mL			
	C3: ()mg/dL		C4: ()mg/dL		CH50: ()U/mL		抗核抗体: ()倍・未実施			
	補体値 (その他): ()									
	自己抗体: [未実施 ・ 実施]									
	所見: ()									
	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): ()				
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: ()										
尿検査	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]				蛋白尿: [なし ・ あり]					
病理検査	腎生検: [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									
	特異的抗体 (その他): ()									

告示番号 **28** 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**

遺伝学的検査: [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]

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
 IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL
 C3: ()mg/dL C4: ()mg/dL CH50: ()U/mL 抗核抗体: ()倍・未実施
 補体値 (その他): ()
 自己抗体: [未実施 ・ 実施]
 所見: ()

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: ()

尿検査
 血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 蛋白尿: [なし ・ あり]

病理検査
 腎生検: [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
 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] 溶血性貧血: [なし ・ あり] 非典型性溶血性尿毒症症候群: [なし ・ あり]
 悪性腫瘍: [なし ・ あり] 易感染性: [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] 抗細菌感染: [なし ・ あり]
 中耳炎: [なし ・ あり] 回数: ()回 起因菌: ()
 副鼻腔炎: [なし ・ あり] 回数: ()回 起因菌: ()
 肺炎: [なし ・ あり] 回数: ()回 起因菌: ()
 菌血症: [なし ・ あり] 回数: ()回 起因菌: ()
 細菌性髄膜炎: [なし ・ あり] 回数: ()回 起因菌: ()
 皮膚膿瘍: [なし ・ あり] 回数: ()回 起因菌: ()
 既往歴 (その他): ()
 自己免疫疾患: [なし ・ あり]
 詳細: ()

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] 補充療法: [なし ・ あり]
 詳細: ()
 免疫グロブリン療法: [未実施 ・ 静注 ・ 皮下注] 用量: ()g/週

血液浄化
 腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月: (年 月)
 血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月: (年 月)

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 ()

病名	52 好酸球増加症										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		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] 全身倦怠感: [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: () 口内炎: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	心不全: [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]		腹痛: [なし ・ あり]					
その他	悪心: [なし ・ あり]		嘔吐: [なし ・ あり]										
	胸水: [なし ・ あり]		腹水: [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] 全身倦怠感: [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: () 口内炎: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	心不全: [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]		腹痛: [なし ・ あり]					
その他	悪心: [なし ・ あり]		嘔吐: [なし ・ あり]										
	胸水: [なし ・ あり]		腹水: [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: () / μ L		好中球: () %		リンパ球: () %		単球: () %						
	好酸球: () %		好酸球絶対数: () / μ L		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						
	CH50: () U/mL												
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 (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: () / 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 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()												
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施]			生検組織の好酸球浸潤: [なし ・ あり]									
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	内視鏡検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()									
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]													

告示番号 **18** 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: ()%	好酸球絶対数: ()/μL	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
	CH50: ()U/mL			

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: ()

病理検査	生検: [未実施 ・ 実施]	生検組織の好酸球浸潤: [なし ・ あり]
------	------------------	-------------------------

画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	所見: ()
	内視鏡検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	部位: () 所見: ()

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]	既往歴 (その他): ()	抗酸菌感染: [なし ・ あり]

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]	
	IFN-α療法: [なし ・ あり]	抗腫瘍薬: [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)

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 (_____)

病名	53 慢性活動性EBウイルス感染症										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			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	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: ()												
	消化器	肝腫: [なし ・ あり]					脾腫大: [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	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: ()												
	消化器	肝腫: [なし ・ あり]					脾腫大: [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							
リンパ球機能検査	ヘマトクリット (Ht): () %			血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L										
	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							
	CH50: () U/mL													
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: () / 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 (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 EA IgG (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									
	EBV EA IgG (FA): () 倍 ・ 未実施													
EBウイルス DNA 定量 (血液): () copy/ μ gDNA		EBウイルス感染細胞: [未実施 ・ T細胞 ・ NK細胞 ・ 不明]												
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]													

告示番号 **40** 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: ()×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
	CH50: ()U/mL			

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
	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 EA IgG (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 EA IgG (FA): ()倍・未実施	EBV EBNA (FA): ()倍・未実施
	EBウイルスDNA定量 (血液): ()copy/μgDNA	EBウイルス感染細胞: [未実施 ・ T細胞 ・ NK細胞 ・ 不明]
	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	多臓器不全: [なし ・ あり]	血球貪食症候群: [なし ・ あり]	悪性リンパ腫: [なし ・ あり]
	蚊刺過敏症: [なし ・ あり]	種痘様水疱症: [なし ・ あり]	間質性肺炎: [なし ・ あり]
	間質性腎炎: [なし ・ あり]	肝動脈瘤: [なし ・ あり]	ぶどう膜炎: [なし ・ あり]
	合併症 (その他): ()		

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]
	EBV関連血球貪食性リンパ組織球症: [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]	IFN-α療法: [なし ・ あり]
	IL-2療法: [なし ・ あり]	抗腫瘍薬: [なし ・ あり]	免疫グロブリン大量療法: [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 (_____)

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	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

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: ()

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: ()

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)

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 IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL 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 (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: ()
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: ()
	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: ()

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: ()
	進行性多巣性白質症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	カボジ肉腫: [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 ()

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		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: () / 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: () / 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 (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): ()												

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: ()×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): ()			

リンパ球機能検査	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]		

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]	

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 ()	

病名	56 慢性移植片対宿主病										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		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	発熱: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり] 硬化性皮膚病変: [なし ・ あり] 爪の異常 (萎縮、変形など): [なし ・ あり] 多形皮膚萎縮: [なし ・ あり] 頭皮、体毛の異常: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節拘縮: [なし ・ あり] 筋膜炎: [なし ・ あり]											
	消化器	食道狭窄: [なし ・ あり] 食道ウェブ: [なし ・ あり]											
	眼	乾燥性結膜炎: [なし ・ あり]											
	その他	口腔乾燥症: [なし ・ あり] 生殖器の病変 (扁平苔癬様、萎縮、びらんなど): [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	発熱: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり] 硬化性皮膚病変: [なし ・ あり] 爪の異常 (萎縮、変形など): [なし ・ あり] 多形皮膚萎縮: [なし ・ あり] 頭皮、体毛の異常: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節拘縮: [なし ・ あり] 筋膜炎: [なし ・ あり]											
	消化器	食道狭窄: [なし ・ あり] 食道ウェブ: [なし ・ あり]											
	眼	乾燥性結膜炎: [なし ・ あり]											
	その他	口腔乾燥症: [なし ・ あり] 生殖器の病変 (扁平苔癬様、萎縮、びらんなど): [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: () / 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 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 CH50: () U/mL												
	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: () / 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 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()												
病理検査	唾液腺生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
唾液腺・涙腺分泌検査	ガムテスト: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 結果: () mL/10分												
	シルマーテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日: (年 月 日) シルマーテスト (右眼): () mm/5分 シルマーテスト (左眼): () mm/5分												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) %FEV1: () % FEV1/FVC 比: () 所見 (その他): ()												

告示番号 39 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

画像検査	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
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]

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 IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL CH50: ()U/mL
------	---

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: ()
----------	---

病理検査	唾液腺生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
------	---

唾液腺・涙腺分泌検査	ガムテスト: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 結果: ()mL/10分 シルマーテスト: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日: (年 月 日) シルマーテスト (右眼): ()mm/5分 シルマーテスト (左眼): ()mm/5分
------------	--

生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) %FEV1: ()% FEV1/FVC比: () 所見 (その他): ()
--------	--

画像検査	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
------	---

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: ()
-----	--------------------------

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: [骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [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 ()