

告示番号		20		免疫疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		55 後天的な免疫系障害による免疫不全症								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価		治癒 ・ 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 (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 (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 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL					
		ヘマトクリット (Ht)：( )%		血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL									
		血清IgG：( )mg/dL		血清IgA：( )mg/dL		血清IgM：( )mg/dL		血清総IgE：( )IU/mL					
		IgG1：( )mg/dL		IgG2：( )mg/dL		IgG3：( )mg/dL		IgG4：( )mg/dL					
		自己抗体 (IL-17に対する)：( )											
		自己抗体 (IL-22に対する)：( )											
		自己抗体 (IL-6に対する)：( )											
		自己抗体 (IFN-γに対する)：( )											
		自己抗体 (GM-CSFに対する)：( )											
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)：( )			
		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：( )											
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)：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	2/2
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 (      )