

告示番号		54		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		14 ブルーム (Bloom) 症候群								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)		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 (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 (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 : () % 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) : ()											
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]											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	54	免疫疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）	2/2
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。 <div>医療機関名 医療機関住所</div> <div>記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()</div> <div>(印)</div>						