

病名	1 X連鎖重症複合免疫不全症										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)			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 (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 (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	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	2 細網異形成症					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)			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 (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 (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	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"/> 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	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(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(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	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):()									
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	4 オーメン (Omenn) 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		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	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 (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: ()					
	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	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 31 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"/> 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		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	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 (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: ()					
	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 35 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"/> 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		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	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 (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	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"/> 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		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	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 (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	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 33 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"/> 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			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	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 (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	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	9 MHCクラスⅡ欠損症					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)			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 (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 (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	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	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"/> 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	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(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(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				
	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]									

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	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"/> 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	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 (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 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: () / 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 (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"/> 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		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	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]								
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: () $\times 10^4$ / 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 (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		麻疹ウイルス抗体価 (PA): () 倍		麻疹ウイルス IgG (EIA): () 倍		未実施						
	EBV VCA IgG (EIA): () 倍		EBV VCA IgM (EIA): () 倍		EBV EBNA (EIA): () 倍		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]													

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	13 ナイミーヘン (Nijmegen) 染色体不安定症候群										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			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													
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 (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 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 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 : [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	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			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		血清IgG : () mg/dL		血清IgM : () 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) : ()											
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"/> 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	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	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(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(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:()/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 45 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	16 PMS2異常症					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)			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 (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: () カフェオレ斑: [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: () / 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 (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]											

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"/> 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			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	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]					自閉症スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]				
	注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]		発達障害 (その他): ()			限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]					
その他	特徴的な顔貌: [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	血清 IgG: () mg/dL
	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	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 (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	麻疹ウイルス抗体価 (PA): () 倍	麻疹ウイルス IgG (EIA): () 倍	EBV VCA IgG (EIA): () 倍	EBV VCA IgM (EIA): () 倍	EBV EBNA (EIA): () 倍	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] 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 56 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	18 シムケ (Schimke) 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]					
	その他	特徴的な顔貌 : [なし ・ あり]			不均衡体型 : [なし ・ あり]						
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	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]										

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	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"/> 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	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])
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			
lgGサブクラス:lgG1:()mg/dL		lgG2:()mg/dL		lgG3:()mg/dL		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(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):()											
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:()										
	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]											

告示番号 48 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"/> 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			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	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 (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: () %		
	ヘマトクリット (Ht): () %		網赤血球: () %		赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L		ヘモグロビン (Hb): () g/dL		血清IgG: () mg/dL		
	血清IgA: () mg/dL		血清IgM: () mg/dL		血清IgE: () IU/mL		血清総IgE: () mg/dL		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 (基準値): () cpm				
	PHA反応 (測定値): () 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)			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: ()										

告示番号 **49** 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**

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	21 肝中心静脈閉鎖症を伴う免疫不全症			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)	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

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]
	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 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: ()

告示番号 **47** 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

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	22 先天性角化異常症					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)			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											
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 (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 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 : ()										
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 : ()										

告示番号 **51** 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**

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	23 X連鎖無ガンマグロブリン血症					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)			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	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(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):()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									
	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 2 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 24 分類不能型免疫不全症		受給者番号		受診日	年 月 日	受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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	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	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 (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: () $\times 10^4$ / 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 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 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): ()								
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 (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"/> 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 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: ()		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 (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): ()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 3 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	26 IgG サブクラス欠損症					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)			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 (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 (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]										

告示番号 1 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"/> 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			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	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(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(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:()/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 (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	28 特異抗体産生不全症					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)			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 (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 (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	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 (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	29 乳児一過性低ガンマグロブリン血症					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)			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(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(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):()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 6 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	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"/> 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	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(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(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(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:()/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 8 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	31 チェディアック・東 (Chediak-Higashi) 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			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	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 (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 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): ()									
	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): ()									

告示番号 43 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	32 X連鎖リンパ増殖症候群					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 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:() 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(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	33 自己免疫性リンパ増殖症候群 (ALPS)					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			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	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] 膵炎: [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 (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 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	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 $\alpha\beta$ + 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): ()										
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): ()										

告示番号 **42** 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	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"/> 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	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(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]		膵炎:[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(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]					
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抗原どちらもない]									
	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 CD3+TCR αβ+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):()									
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	35 重症先天性好中球減少症					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)			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 (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 (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		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	36 周期性好中球減少症					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)			体重 (測定日)	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 (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 (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: ()									
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 9 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アレル一一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一一致度: [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	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"/> 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	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(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(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(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]										

告示番号 11 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] 易感染性：[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)：()	自己免疫疾患：[なし ・ あり] 中耳炎：[なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症：[なし ・ あり]	悪性腫瘍：[なし ・ あり] 肺炎：[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]
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：()		
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アレル一一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一一致度：[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"/> 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	肥満度	%
	年 月 日		年 月 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 (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 (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: () × 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: ()				

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 (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	CD18: ()
	CD11b: ()				
	細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 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 (継続申請用) 2/2

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アレル一一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一一致度：[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"/> 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		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	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 (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: ()×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): ()								
膵外分泌機能検査	膵外分泌機能異常: [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 (継続申請用) 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]
--------	---

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	40 慢性肉芽腫症					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)			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 (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	びまん性肉芽腫: [なし ・ あり]		気道: [なし ・ あり]		消化器: [なし ・ あり]					
尿路: [なし ・ あり] 部位 (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: () / 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): () %	血清IgA: () mg/dL	血清IgM: () mg/dL	血清IgG: () 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: () / 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: ()											
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	41 ミエロペルオキシダーゼ欠損症					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)			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 (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 (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: ()										

告示番号 **15** 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**

既往歴	アレルギー疾患：[なし ・ あり] CGD 腸炎/潰瘍性大腸炎：[なし ・ あり] 肺炎：[なし ・ あり] 骨髄炎：[なし ・ あり] 肝膿瘍/脾膿瘍：[なし ・ あり] アスペルギルス肺炎：[なし ・ あり] 既往歴 (その他)：()	自己免疫疾患：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり] 肺膿瘍：[なし ・ あり] 皮膚膿瘍：[なし ・ あり] 肛門周囲膿瘍：[なし ・ あり] カンジダ感染症：[なし ・ あり]	悪性腫瘍：[なし ・ あり] 中耳炎：[なし ・ あり] 敗血症：[なし ・ あり] 蜂窩織炎：[なし ・ あり] BCGによるリンパ節炎：[なし ・ あり] ウイルス感染 (水痘・EBVなど) の重症化：[なし ・ あり]
-----	--	--	---

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] 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：()	実施日：(年 月 日) 移植細胞：[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 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	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"/> 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		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	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]			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 (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: () $\times 10^4 / \mu$ 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): () ・ 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 16 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

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"/> 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	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(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(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:()×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				
	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:()										
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):()									

告示番号 **17** 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**

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	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"/> 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	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	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(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			
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(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:()/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] 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):()	自己免疫疾患:[なし ・ あり] 臍帯脱落遅延:[なし ・ あり] 肺炎:[なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症:[なし ・ あり]	悪性腫瘍:[なし ・ あり] 易感染性:[なし ・ あり] 髄膜炎:[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]
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:()		
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	45 IRAK4欠損症					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)			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	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]									
	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: () / 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 (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]										
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: ()										

告示番号 **21** 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**

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"/> 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		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	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 (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				
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: ()											
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: ()										

告示番号 **23** 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**

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] 臍帯脱落遅延：[なし ・ あり] 肺炎：[なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症：[なし ・ あり] 抗酸菌感染：[なし ・ あり] 既往歴 (その他)：()	自己免疫疾患：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり] 髄膜炎：[なし ・ あり] ニューモシスチス肺炎：[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] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化：[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] 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	47 慢性皮膚粘膜カンジダ症										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)			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 (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 (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								
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): ()		
	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]											
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] 内分泌異常疾患: [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] 抗酸菌感染: [なし ・ あり] 既往歴 (その他): ()	自己免疫疾患: [なし ・ あり] 脳動脈瘤: [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]	悪性腫瘍: [なし ・ あり] 脱毛症: [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]
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: ()		
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	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"/> 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	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(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(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:()										
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	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	画像検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 検査方法:() 脾臓の有無:[あり・なし]										

告示番号 25 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

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] 自己炎症疾患：[なし ・ あり] 悪性腫瘍：[なし ・ あり] 表皮の多発疣贅：[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] トリパノソーマ症：[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	49 先天性補体欠損症					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)			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 (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 (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 (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]							
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): ()									

告示番号 **27** 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**

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] 非典型型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] 抗酸菌感染: [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] 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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLA アリル一一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA 抗原一一致度: [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"/> 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		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	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]					
	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 (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											
	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: () IU/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 (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: () / 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): () 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			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 (継続申請用) 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]
--------	---

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	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"/> 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		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 (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 (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				
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IgM: ()mg/dL		血清IgE: ()IU/mL		
	lgG1: ()mg/dL		lgG2: ()mg/dL		lgG3: ()mg/dL		lgG4: ()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 SI (Stimulation index): ()				
	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: ()											
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 (継続申請用) **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]
--------	---

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] 抗酸菌感染: [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	52 好酸球増加症					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)			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 (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 (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IgE: ()IU/mL		血清IgG1: ()mg/dL		血清IgG2: ()mg/dL		血清IgG3: ()mg/dL		
血清IgG4: ()mg/dL		血清IgG5: ()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] 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] 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	53 慢性活動性EBウイルス感染症					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)			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 (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 (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												
	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 (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 (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	多臓器不全: [なし ・ あり] 蚊刺過敏症: [なし ・ あり] 間質性腎炎: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()	血球貪食症候群: [なし ・ あり] 種痘様水疱症: [なし ・ あり] 肝動脈瘤: [なし ・ あり]	悪性リンパ腫: [なし ・ あり] 間質性肺炎: [なし ・ あり] ぶどう膜炎: [なし ・ あり]
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] EBV関連血球貪食性リンパ組織球症: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症: [なし ・ あり] 抗酸菌感染: [なし ・ あり] 既往歴 (その他): ()	自己免疫疾患: [なし ・ あり] 肺炎: [なし ・ あり] ニューモシスチス肺炎: [なし ・ あり]	悪性腫瘍: [なし ・ あり] 易感染性: [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]
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 (抗真菌薬): [なし ・ あり] IL-2療法: [なし ・ あり] 免疫グロブリン療法: [未実施 ・ 静注 ・ 皮下注] 補充療法: [なし ・ あり] 詳細: ()	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 予防投与 (抗ウイルス薬): [なし ・ あり] 抗腫瘍薬: [なし ・ あり] 用量: ()g/週	予防投与 (抗菌薬): [なし ・ あり] IFN- α 療法: [なし ・ あり] 免疫グロブリン大量療法: [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] 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	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"/> 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			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	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 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				
	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: ()							

告示番号 19 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

指標疾患	インソポラ症 (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/肺リンパ過形成 (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"/> 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		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	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 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL							
	ヘマトクリット (Ht): ()%	血小板数: ()×10 ⁴ /μL											
	血清IgG: ()mg/dL	血清IgA: ()mg/dL		血清IgM: ()mg/dL		血清総IgE: ()IU/mL							
	IgG1: ()mg/dL	IgG2: ()mg/dL		IgG3: ()mg/dL		IgG4: ()mg/dL							
	自己抗体 (IL-17に対する): ()												
	自己抗体 (IL-22に対する): ()												
	自己抗体 (IL-6に対する): ()												
	自己抗体 (IFN-γに対する): ()												
	自己抗体 (GM-CSFに対する): ()												
自己抗体 (C1INHに対する): ()													
自己抗体 (その他): ()													
リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施]			PHA反応 (検査方法): ()									
	PHA反応 (測定値): ()cpm			PHA反応 (基準値): ()cpm		SI (Stimulation index): ()							
リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施]													
所見: ()													
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL												
	B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL												
細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施]													
所見: ()													
感染症免疫学的検査	特異的抗体 (その他): ()												
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): ()												

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) 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	56 慢性移植片対宿主病					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	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] 硬化性皮膚病変: [なし ・ あり] 多型皮膚萎縮: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり] 爪の異常 (萎縮、変形など): [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 (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]											

告示番号 39 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：()		
既往歴	アレルギー疾患：[なし ・ あり] 易感染性：[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)：()	自己免疫疾患：[なし ・ あり] 中耳炎：[なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症：[なし ・ あり]	悪性腫瘍：[なし ・ あり] 肺炎：[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]
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 (抗真菌薬)：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[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 (_____)