

告示番号		30		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		1/3					
病名		1 X連鎖重症複合免疫不全症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり					
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()													
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]					
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
その他		症状 (その他)：()															
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()													
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]					
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
その他		症状 (その他)：()															
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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抗原どちらもない] ウラ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()															
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm SI (Stimulation index)：()															
		リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()															
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL															
		細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()															
骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()															
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体 (その他)：()															
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)															
		遺伝子名：()															
		DNA変異：()															
		アミノ酸変異：()															
		蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]															

告示番号		32		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		2 細網異形成症										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度	%		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
		その他		症状 (その他)：()											
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
		その他		症状 (その他)：()											
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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抗原どちらもない] ウラ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm SI (Stimulation index)：()													
		リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (％)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (％)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (％)：()% NK細胞絶対数：()/μL													
		細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体 (その他)：()													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：() DNA 変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

告示番号		29		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		1/3					
病名		3 アデノシンデアミナーゼ（ADA）欠損症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
		その他		症状（その他）：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
		その他		症状（その他）：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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抗原どちらもない] ウラ試験（血清抗体）：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()															
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（検査方法）：() PHA反応（測定値）：()cpm PHA反応（基準値）：()cpm SI（Stimulation index）：()															
		リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()															
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞（%）：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞（%）：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞（%）：()% NK細胞絶対数：()/μL															
		細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()															
骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()															
感染症免疫学的検査		麻疹ウイルス抗体価（NT）：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価（PA）：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgG（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgM（EIA）：()・未実施 EBV EBNA（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgG（FA）：()倍・未実施 EBV VCA IgM（FA）：()倍・未実施 EBV EBNA（FA）：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体（その他）：()															
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：() DNA変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]															

告示番号		31		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3					
病名		4 オーメン (Omenn) 症候群								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
		その他		症状 (その他): ()													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
		その他		症状 (その他): ()													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 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]															

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
------	--------------

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
-------	----------------------

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		35		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
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		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度	%		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
		その他		症状 (その他)：()											
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
		その他		症状 (その他)：()											
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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抗原どちらもない] ウラ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm SI (Stimulation index)：()													
		リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL													
		細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
感染症免疫学的検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体 (その他)：()													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：() DNA変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

告示番号		34		免疫疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		6 CD8欠損症										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（）被保険者記号（）被保険者番号（）被保険者個人単位枝番（） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ー）都道府県（）市区町村（）丁目番地等（）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（）市区町村（）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度	%		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり（等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級）						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳）			なし ・ あり（等級 1級 ・ 2級 ・ 3級）										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	症状（その他）：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	症状（その他）：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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抗原どちらもない] ウラ試験（血清抗体）：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()														
リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（検査方法）：() PHA反応（測定値）：()cpm PHA反応（基準値）：()cpm SI (Stimulation index)：() リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施]														
	所見：()														
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL														
	細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
感染症免疫学的検査	麻疹ウイルス抗体価（NT）：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価（PA）：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgG（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgM（EIA）：()・未実施 EBV EBNA（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgG（FA）：()倍・未実施 EBV VCA IgM（FA）：()倍・未実施 EBV EBNA（FA）：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体（その他）：()														
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：() DNA変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]														

告示番号		33		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3					
病名		7 ZAP-70欠損症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性				なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
		その他		症状 (その他): ()													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
		その他		症状 (その他): ()													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 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抗原どちらもない] ウラ試験 (血清抗体): [未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価: ()															
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法): () PHA反応 (測定値): ()cpm PHA反応 (基準値): ()cpm SI (Stimulation index): ()															
		リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()															
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL															
		細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()															
骨髓検査		骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()															
感染症免疫学的検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施 EBV EBNA (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施 EBV EBNA (FA): ()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定: () 特異的抗体 (その他): ()															
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 遺伝子名: () DNA変異: () アミノ酸変異: () 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]															

告示番号		36		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3			
病名		8 MHCクラス I 欠損症								受付種別		☐ 新規			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月		日					
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 %	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]											
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]			
		その他		症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]											
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]			
		その他		症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 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抗原どちらもない] ウラ試験 (血清抗体): [未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価: ()													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法): () PHA反応 (測定値): ()cpm PHA反応 (基準値): ()cpm SI (Stimulation index): ()													
		リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL													
		細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()													
骨髓検査		骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()													
感染症免疫学的検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施 EBV EBNA (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施 EBV EBNA (FA): ()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定: () 特異的抗体 (その他): ()													
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 遺伝子名: () DNA変異: () アミノ酸変異: () 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

告示番号		37		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		1/3					
病名		9 MHCクラスⅡ欠損症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
		その他		症状（その他）：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
		その他		症状（その他）：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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]															

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果 [認定 ・ 不認定]

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号 () 有効期限 年 月 日

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位校番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		38		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
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										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日									
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI					
										肥満度		%			
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)					
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり]						発熱：[なし ・ あり]		リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり]						色素脱失：[なし ・ あり]		口内炎：[なし ・ あり]					
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり]						脾腫大：[なし ・ あり]		下痢：[なし ・ あり]					
	その他	症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり]						発熱：[なし ・ あり]		リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり]						色素脱失：[なし ・ あり]		口内炎：[なし ・ あり]					
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり]						脾腫大：[なし ・ あり]		下痢：[なし ・ あり]					
	その他	症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%		リンパ球：()%		単球：()%									
	好酸球：()%	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														
リンパ球機能検査	血液型：オモテ試験 (赤血球抗原)：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもない] ウラ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()														
	リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (測定値)：()cpm						PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (基準値)：()cpm		SI (Stimulation index)：()						
細胞表面抗原検査	リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
	リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL														
骨髄検査	細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
	骨髄検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
感染症免疫学的 検査	麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体 (その他)：()														
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：() DNA変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]														

告示番号		46		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3			
病名		11 ウィスコット・オルドリッチ (Wiskott-Aldrich) 症候群								受付種別		☐ 新規			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日							
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日				BMI			
												肥満度		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		出血斑: [なし ・ あり]				湿疹: [なし ・ 間欠的 ・ 軽症持続 ・ 重症]							
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]											
		消化器		下痢: [なし ・ あり]											
		その他		症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		出血斑: [なし ・ あり]				湿疹: [なし ・ 間欠的 ・ 軽症持続 ・ 重症]							
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]											
		消化器		下痢: [なし ・ あり]											
		その他		症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 平均血小板容積 (MPV): ()fL 血清IgG: ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL IgGサブクラス: IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL CH50: ()U/mL 補体値 (その他): ()													
		血液型: オモテ試験 (赤血球抗原): [未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもない] ウラ試験 (血清抗体): [未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価: ()													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法): () PHA反応 (測定値): ()cpm PHA反応 (基準値): ()cpm SI (Stimulation index): ()													
		リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL													
		細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()													
骨髓検査		骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()													
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施 EBV EBNA (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施 EBV EBNA (FA): ()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定: () 特異的抗体 (その他): ()													
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 遺伝子名: () DNA 変異: () アミノ酸変異: () 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

告示番号		55		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3				
病名		12 毛細血管拡張性運動失調症								受付種別		☐ 新規				
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県 () 市区町村 ()														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり				
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
最終受診日		(年 月 日)														
症状		全身		発熱：[なし ・ あり]												
		眼		眼球結膜の毛細血管拡張：[なし ・ あり]				眼球運動失行：[なし ・ あり]				眼振：[なし ・ あり]				
		精神・神経		小脳性運動失調：歩行障害：[なし ・ あり]				構語障害：[なし ・ あり]				舞踏様アテトーゼ：[なし ・ あり]				
		その他		低緊張性顔貌：[なし ・ あり]				流涎：[なし ・ あり]		症状 (その他)：()						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
症状		全身		発熱：[なし ・ あり]												
		眼		眼球結膜の毛細血管拡張：[なし ・ あり]				眼球運動失行：[なし ・ あり]				眼振：[なし ・ あり]				
		精神・神経		小脳性運動失調：歩行障害：[なし ・ あり]				構語障害：[なし ・ あり]				舞踏様アテトーゼ：[なし ・ あり]				
		その他		低緊張性顔貌：[なし ・ あり]				流涎：[なし ・ あり]		症状 (その他)：()						
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()‰ 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgGサブクラス：IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL CH50：()U/mL 補体値 (その他)：() α-フェトプロテイン (AFP)：()ng/mL・未実施														
		血液型：オモテ試験 (赤血球抗原)：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] ウラ試験 (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)：()						
		PHA反応 (測定値)：()cpm														
細胞表面抗原検査		リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施]														
		所見：()														
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		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		52		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		13 ナイミーヘン（Nijmegen）染色体不安定症候群										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳 か月 日								
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	%
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり（ 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 ）						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳）			なし ・ あり（ 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ）										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
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]													
		鳥様顔貌：[なし ・ あり] 症状（その他）：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
身体所見		小頭症（-2.0SD以下）：[なし ・ あり]													
症状	全身	低身長（-2.0SD以下）：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり]													
		鳥様顔貌：[なし ・ あり] 症状（その他）：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン（Hb）：()g/dL ヘマトクリット（Ht）：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgGサブクラス：IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL CH50：()U/mL 補体値（その他）：()													
		血液型：オモテ試験（赤血球抗原）：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] ウラ試験（血清抗体）：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（検査方法）：() PHA反応（測定値）：()cpm PHA反応（基準値）：()cpm 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		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：()													
		DNA 変異：()													
		アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

告示番号		54		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3					
病名		14 ブルーム (Bloom) 症候群								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		低身長 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり] 体重増加不良 : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり]													
		皮膚・粘膜		発疹 : [なし ・ あり] 性状 : () 日光過敏性紅斑 : [なし ・ あり]													
		その他		鳥様顔貌 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
症状		全身		低身長 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり] 体重増加不良 : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり]													
		皮膚・粘膜		発疹 : [なし ・ あり] 性状 : () 日光過敏性紅斑 : [なし ・ あり]													
		その他		鳥様顔貌 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () ‰ 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL ヘマトクリット (Ht) : () % 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 空腹時血糖 : () mg/dL HbA1c : () % 血清IgG : () mg/dL 血清IgA : () mg/dL 血清IgM : () mg/dL 血清総IgE : () IU/mL IgGサブクラス : IgG1 : () mg/dL IgG2 : () mg/dL IgG3 : () mg/dL IgG4 : () mg/dL CH50 : () U/mL 補体値 (その他) : ()															
		血液型 : オモテ試験 (赤血球抗原) : [未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] 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]															

告示番号		45		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		15 ICF 症候群										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳 か月 日								
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	%
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
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] 症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり]													
	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] 症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgGサブクラス：IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL CH50：()U/mL 補体値 (その他)：()													
		血液型：オモテ試験 (赤血球抗原)：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] ウラ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：() リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL 細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体 (その他)：()													
遺伝学的検査		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：()													
		DNA 変異：()													
		アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

告示番号		53		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3				
病名		16 PMS2異常症								受付種別		☐ 新規				
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県 () 市区町村 ()														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり		
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
最終受診日		(年 月 日)														
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): ()												
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 空腹時血糖: ()mg/dL HbA1c: ()% 血清IgG: ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL IgGサブクラス: IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL CH50: ()U/mL 補体値 (その他): ()														
		血液型: オモテ試験 (赤血球抗原): [未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] ウラ試験 (血清抗体): [未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価: ()														
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法): () PHA反応 (測定値): ()cpm PHA反応 (基準値): ()cpm PHA反応 SI (Stimulation index): () リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()														
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		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 (新規申請用)		1/3				
病名		17 RIDDLE 症候群								受付種別		☐ 新規				
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県 () 市区町村 ()														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり				
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
最終受診日		(年 月 日)														
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり] 発熱: [なし ・ あり]												
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: ()												
		精神・神経		発達障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他): ()												
		その他		特徴的な顔貌: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり] 発熱: [なし ・ あり]												
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: ()												
		精神・神経		発達障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他): ()												
		その他		特徴的な顔貌: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgG: ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL IgGサブクラス: IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL CH50: ()U/mL 補体値 (その他): ()														
		血液型: オモテ試験 (赤血球抗原): [未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] ウラ試験 (血清抗体): [未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価: ()														
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法): () PHA反応 (測定値): ()cpm PHA反応 (基準値): ()cpm PHA反応 SI (Stimulation index): ()														
		リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()														
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL														
		細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()														
骨髓検査		骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()														
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍・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		50		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3		
病名		18 シムケ（Schimke）症候群										受付種別		☐ 新規		
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日							
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		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり（ 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 ）						療育手帳		なし ・ あり				
		精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳）			なし ・ あり（ 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ）											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性			なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明						
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
最終受診日		(年 月 日)														
症状	全身	低身長（-2.0SD以下）：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり]														
	その他	特徴的な顔貌：[なし ・ あり] 不均衡体型：[なし ・ あり] 症状（その他）：()														
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																
症状	全身	低身長（-2.0SD以下）：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり]														
	その他	特徴的な顔貌：[なし ・ あり] 不均衡体型：[なし ・ あり] 症状（その他）：()														
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン（Hb）：()g/dL ヘマトクリット（Ht）：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgGサブクラス：IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL CH50：()U/mL 補体値（その他）：()															
	血液型：オモテ試験（赤血球抗原）：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] ウラ試験（血清抗体）：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()															
リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（検査方法）：() PHA反応（測定値）：()cpm PHA反応（基準値）：()cpm PHA反応 SI（Stimulation index）：()															
	リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()															
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞（%）：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞（%）：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞（%）：()% NK細胞絶対数：()/μL															
	細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()															
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()															
感染症免疫学的検査	麻疹ウイルス抗体価（NT）：()倍・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		48		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3			
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		☐ 新規			
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり（ 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 ）								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳）				なし ・ あり（ 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ）											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性				なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
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		眼角隔離症：[なし ・ あり] 耳介低位：[なし ・ あり] 小耳介：[なし ・ あり] 小顎症：[なし ・ あり] 胸腺低形成：[なし ・ あり] 口蓋裂：[なし ・ あり] 短い人中：[なし ・ あり] 小さな口：[なし ・ あり] 症状（その他）：()															
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 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		眼角隔離症：[なし ・ あり] 耳介低位：[なし ・ あり] 小耳介：[なし ・ あり] 小顎症：[なし ・ あり] 胸腺低形成：[なし ・ あり] 口蓋裂：[なし ・ あり] 短い人中：[なし ・ あり] 小さな口：[なし ・ あり] 症状（その他）：()															
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()‰ 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン（Hb）：()g/dL ヘマトクリット（Ht）：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清Ca：()mg/dL intact PTH：()pg/mL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgGサブクラス：IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL															
リンパ球機能検査		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：()															

告示番号		49		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		1/3					
病名		20 高IgE症候群								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性				なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]					
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり] 病的骨折：[なし ・ あり]				関節過伸展：[なし ・ あり]				側弯：[なし ・ あり]					
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
		その他		特徴的な顔貌：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()				乳歯の脱落遅延：[なし ・ あり]				正中線奇形：[なし ・ あり]					
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]					
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり] 病的骨折：[なし ・ あり]				関節過伸展：[なし ・ あり]				側弯：[なし ・ あり]					
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
		その他		特徴的な顔貌：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()				乳歯の脱落遅延：[なし ・ あり]				正中線奇形：[なし ・ あり]					
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()‰ 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgGサブクラス：IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL															
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：()															
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (％)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (％)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (％)：()% NK細胞絶対数：()/μL															
		Th17細胞数：[未実施 ・ 実施] Th17細胞数 (検査方法)：() Th17細胞数 (測定値)：()%															
感染症免疫学的検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体 (その他)：()															
骨塩定量検査		骨塩定量検査 (DEXA法)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 若年成人平均値 (YAM) の80%未満：[なし ・ あり] 同年齢比較：()%															
画像検査		画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 気管支拡張症：[なし ・ あり] 肺嚢胞：[なし ・ あり]															
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：() DNA変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]															

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
------	--------------

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号 受給者番号 () 有効期限 年 月 日

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位校番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		47		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3			
病名		21 肝中心静脈閉鎖症を伴う免疫不全症										受付種別		☐ 新規			
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)												
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明							
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()													
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]					
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
その他		症状（その他）：()															
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()													
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]					
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
その他		症状（その他）：()															
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数：()/μL		好中球：()%				リンパ球：()%				単球：()%					
		好酸球：()%		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															
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											
骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)				所見：()							
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施				麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施				麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施							
		EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施				EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施				EBV EBNA (EIA)：()・未実施							
		EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施				EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施				EBV EBNA (FA)：()倍・未実施							
		HIV 抗原・抗体測定：()															
		特異的抗体（その他）：()															
画像検査		超音波検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)				所見：()							
		CT 検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)				所見：()							
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)				遺伝子名：()							
		DNA 変異：()															
		アミノ酸変異：()															
		蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]															

告示番号		51		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3					
病名		22 先天性角化異常症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
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] 口内炎 : [なし ・ あり] 口腔粘膜白斑症 : [なし ・ あり] 爪の萎縮 : [なし ・ あり] 頭髮の消失、白髪 : [なし ・ あり]															
	筋・骨格	関節炎 : [なし ・ あり]															
	内分泌・代謝	骨粗鬆症 : [なし ・ あり]															
	消化器	肝腫 : [なし ・ あり] 脾腫大 : [なし ・ あり] 下痢 : [なし ・ あり] 食道狭窄 : [なし ・ あり]															
	精神・神経	小脳性運動失調 : [なし ・ あり ・ 不明]															
	その他	歯牙異常 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
身体所見		小頭症 (-2.0SD以下) : [なし ・ あり]															
症状	全身	体重増加不良 : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり] リンパ節腫脹 : [なし ・ あり]															
	皮膚・粘膜	発疹 : [なし ・ あり] 性状 : () 出血斑 : [なし ・ あり] 色素脱失 : [なし ・ あり] 網状色素沈着 : [なし ・ あり] 口内炎 : [なし ・ あり] 口腔粘膜白斑症 : [なし ・ あり] 爪の萎縮 : [なし ・ あり] 頭髮の消失、白髪 : [なし ・ あり]															
	筋・骨格	関節炎 : [なし ・ あり]															
	内分泌・代謝	骨粗鬆症 : [なし ・ あり]															
	消化器	肝腫 : [なし ・ あり] 脾腫大 : [なし ・ あり] 下痢 : [なし ・ あり] 食道狭窄 : [なし ・ あり]															
	精神・神経	小脳性運動失調 : [なし ・ あり ・ 不明]															
	その他	歯牙異常 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()															
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () ‰ 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL ヘマトクリット (Ht) : () % 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL AST : () U/L ALT : () U/L 血清IgG : () mg/dL 血清IgA : () mg/dL 血清IgM : () mg/dL 血清総IgE : () IU/mL															
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験 : PHA反応 : [未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法) : () PHA反応 (測定値) : () cpm PHA反応 (基準値) : () cpm PHA反応 SI (Stimulation index) : ()															
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析 : CD4 : () % CD8 : () % T細胞 (%) : () % T細胞絶対数 : () / μ L B細胞 (%) : () % B細胞絶対数 : () / μ L NK細胞 (%) : () % NK細胞絶対数 : () / μ L															
骨髓検査		骨髓検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()															
画像検査		CT検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()															

告示番号		2		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3					
病名		23 X連鎖無ガンマグロブリン血症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
その他		症状 (その他): ()															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
その他		症状 (その他): ()															
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgG: ()mg/dL 血清IgG (トラフ値): ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL IgGサブクラス: IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL CH50: ()U/mL															
		血液型: オモテ試験 (赤血球抗原): [未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもない] ウラ試験 (血清抗体): [未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価: ()															
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施]				PHA反応 (検査方法): ()				PHA反応 (基準値): ()cpm PHA反応 SI (Stimulation index): ()							
		PHA反応 (測定値): ()cpm															
		リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()															
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL															
		細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()															
骨髓検査		骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()															
感染症疫学的 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): ()															

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		7		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		24 分類不能型免疫不全症										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度	%		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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] ウツ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()														
	リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：() リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
		細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL 細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()												
			骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
	感染症疫学的 検査	麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体 (その他)：()													
		遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：() DNA 変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]												

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
------	--------------

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号	受給者番号 () 有効期限	年	月	日
-------	----------------	---	---	---

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		3		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3			
病名		25 高IgM症候群										受付種別		☐ 新規			
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)												
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明							
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()													
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]					
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
その他		症状 (その他)：()															
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()													
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]					
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
その他		症状 (その他)：()															
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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] ウラリ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()															
		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：()															
		リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施]															
		所見：()															
		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL															
		細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施]															
		所見：()															
		骨髓検査		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		1		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		26 IgG サブクラス欠損症										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度	%		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()											
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
その他		症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()											
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
その他		症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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] ウラリ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()													
		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：()													
		リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施]													
		所見：()													
		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL													
		細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施]													
		所見：()													
		骨髓検査		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：()															
遺伝学的検査		蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
○	○
△	△
×	×
◎	◎
⊕	⊕
⊖	⊖
⦿	⦿
Ⓢ	Ⓢ
Ⓔ	Ⓔ
Ⓕ	Ⓕ
Ⓖ	Ⓖ
Ⓜ	Ⓜ
Ⓝ	Ⓝ
Ⓗ	Ⓗ
Ⓘ	Ⓘ
Ⓡ	Ⓡ
Ⓒ	Ⓒ
Ⓓ	Ⓓ
Ⓙ	Ⓙ
Ⓚ	Ⓚ
Ⓛ	Ⓛ
Ⓟ	Ⓟ
Ⓠ	Ⓠ
Ⓡ	Ⓡ
Ⓢ	Ⓢ
Ⓣ	Ⓣ
Ⓥ	Ⓥ
Ⓦ	Ⓦ
Ⓧ	Ⓧ
Ⓨ	Ⓨ
Ⓩ	Ⓩ
ⓐ	ⓐ
ⓑ	ⓑ
ⓒ	ⓒ
ⓓ	ⓓ
ⓔ	ⓔ
ⓕ	ⓕ
ⓖ	ⓖ
ⓗ	ⓗ
ⓘ	ⓘ
ⓙ	ⓙ
ⓚ	ⓚ
ⓛ	ⓛ
ⓜ	ⓜ
ⓝ	ⓝ
ⓞ	ⓞ
ⓟ	ⓟ
ⓠ	ⓠ
ⓡ	ⓡ
ⓢ	ⓢ
ⓣ	ⓣ
ⓤ	ⓤ
ⓥ	ⓥ
ⓦ	ⓦ
ⓧ	ⓧ
ⓨ	ⓨ
ⓩ	ⓩ
⓪	⓪
⓫	⓫
⓬	⓬
⓭	⓭
⓮	⓮
⓯	⓯
⓰	⓰
⓱	⓱
⓲	⓲
⓳	⓳
⓴	⓴
⓵	⓵
⓶	⓶
⓷	⓷
⓸	⓸
⓹	⓹
⓺	⓺
⓻	⓻
⓼	⓼
⓽	⓽
⓾	⓾
⓿	⓿
Ⓚ	Ⓚ
Ⓛ	Ⓛ
Ⓧ	Ⓧ
Ⓨ	Ⓨ
Ⓩ	Ⓩ
ⓐ	ⓐ
ⓑ	ⓑ
ⓒ	ⓒ
ⓓ	ⓓ
ⓔ	ⓔ
ⓕ	ⓕ
ⓖ	ⓖ
ⓗ	ⓗ
ⓘ	ⓘ
ⓙ	ⓙ
ⓚ	ⓚ
ⓛ	ⓛ
ⓜ	ⓜ
ⓝ	ⓝ
ⓞ	ⓞ
ⓟ	ⓟ
ⓠ	ⓠ
ⓡ	ⓡ
ⓢ	ⓢ
ⓣ	ⓣ
ⓤ	ⓤ
ⓥ	ⓥ
ⓦ	ⓦ
ⓧ	ⓧ
ⓨ	ⓨ
ⓩ	ⓩ
⓪	⓪
⓫	⓫
⓬	⓬
⓭	⓭
⓮	⓮
⓯	⓯
⓰	⓰
⓱	⓱
⓲	⓲
⓳	⓳
⓴	⓴
⓵	⓵
⓶	⓶
⓷	⓷
⓸	⓸
⓹	⓹
⓺	⓺
⓻	⓻
⓼	⓼
⓽	⓽
⓾	⓾
⓿	⓿
Ⓚ	Ⓚ
Ⓛ	Ⓛ
Ⓧ	Ⓧ
Ⓨ	Ⓨ
Ⓩ	Ⓩ
ⓐ	ⓐ
ⓑ	ⓑ
ⓒ	ⓒ
ⓓ	ⓓ
ⓔ	ⓔ
ⓕ	ⓕ
ⓖ	ⓖ
ⓗ	ⓗ
ⓘ	ⓘ
ⓙ	ⓙ
ⓚ	ⓚ
ⓛ	ⓛ
ⓜ	ⓜ
ⓝ	ⓝ
ⓞ	ⓞ
ⓟ	ⓟ
ⓠ	ⓠ
ⓡ	ⓡ
ⓢ	ⓢ
ⓣ	ⓣ
ⓤ	ⓤ
ⓥ	ⓥ
ⓦ	ⓦ
ⓧ	ⓧ
ⓨ	ⓨ
ⓩ	ⓩ
⓪	⓪
⓫	⓫
⓬	⓬
⓭	⓭
⓮	⓮
⓯	⓯
⓰	⓰
⓱	⓱
⓲	⓲
⓳	⓳
⓴	⓴
⓵	⓵
⓶	⓶
⓷	⓷
⓸	⓸
⓹	⓹
⓺	⓺
⓻	⓻
⓼	⓼
⓽	⓽
⓾	⓾
⓿	⓿
Ⓚ	Ⓚ

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号	受給者番号 () 有効期限	年	月	日
-------	----------------	---	---	---

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		4		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3					
病名		27 選択的IgA欠損								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性				なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: ()													
				出血斑: [なし ・ あり]				色素脱失: [なし ・ あり]				口内炎: [なし ・ あり]					
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
その他		症状 (その他): ()															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: ()													
				出血斑: [なし ・ あり]				色素脱失: [なし ・ あり]				口内炎: [なし ・ あり]					
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
その他		症状 (その他): ()															
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 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] ウラリ試験 (血清抗体): [未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価: ()															
		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法): () PHA反応 (測定値): ()cpm PHA反応 (基準値): ()cpm PHA反応 SI (Stimulation index): ()															
		リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施]															
		所見: ()															
		リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL															
		細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施]															
		所見: ()															
		骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)															
		所見: ()															
		麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施 EBV EBNA (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施 EBV EBNA (FA): ()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定: () 特異的抗体 (その他): ()															
遺伝学的検査		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]															

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号	受給者番号 () 有効期限	年	月	日
-------	----------------	---	---	---

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		5		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		28 特異抗体産生不全症										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日									
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()											
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
その他		症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()											
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
その他		症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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] ウラリ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()													
		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：() リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL 細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
		麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体 (その他)：()													
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：() DNA 変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

告示番号		6		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		29 乳児一過性低ガンマグロブリン血症										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳 か月 日								
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()											
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
その他		症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()											
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
その他		症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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] ウツリ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()													
		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：() リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL 細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
		麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体 (その他)：()													
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：() DNA 変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

告示番号		8		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
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										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
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 %	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
具体的な疾病名		()								最終受診日		(年 月 日)			
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	症状（その他）：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	症状（その他）：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgG (トラフ値)：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgGサブクラス：IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL CH50：()U/mL 血液型：オモテ試験 (赤血球抗原)：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもない] ウラ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()													
		リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：() リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()												
			リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (％)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (％)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (％)：()% NK細胞絶対数：()/μL 細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()												
		骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
			感染症免疫学的 検査	麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体 (その他)：()											

告示番号		43		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		1/3	
病名		31 チェディアック・東（Chediak-Higashi）症候群								受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日											
氏名		(セイメイ) (姓)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()											
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日							
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度			%
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
最終受診日		(年 月 日)											
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]									
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 毛髪の異常：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]									
		消化器		肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 腸炎：[なし ・ あり]									
		精神・神経		小脳性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害：[なし ・ あり]									
		その他		症状（その他）：()									
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]									
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 毛髪の異常：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]									
		消化器		肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 腸炎：[なし ・ あり]									
		精神・神経		小脳性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害：[なし ・ あり]									
		その他		症状（その他）：()									
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査		白血球数：()/μL		好中球：()%		リンパ球：()%		単球：()%					
		好酸球：()%		網赤血球：()‰		赤血球数：()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb)：()g/dL					
		ヘマトクリット (Ht)：()%		血小板数：()×10 ⁴ /μL		白血球巨大顆粒：[なし ・ あり]							
		血清IgG：()mg/dL		血清IgA：()mg/dL		血清IgM：()mg/dL		血清総IgE：()IU/mL					
		IgGサブクラス：IgG1：()mg/dL		IgG2：()mg/dL		IgG3：()mg/dL		IgG4：()mg/dL					
		CH50：()U/mL											
		補体値（その他）：()											
		血液型：オモテ試験（赤血球抗原）：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもない]											
		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）：()			
		NK細胞活性：()%											
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]											
骨髄検査		骨髄検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
		所見：()											
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価（NT）：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価（PA）：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG（EIA）：()・未実施											
		EBV VCA IgG（EIA）：()・未実施		EBV VCA IgM（EIA）：()・未実施		EBV EBNA（EIA）：()・未実施							
		EBV VCA IgG（FA）：()倍・未実施		EBV VCA IgM（FA）：()倍・未実施		EBV EBNA（FA）：()倍・未実施							
		HIV 抗原・抗体測定：()											
		特異的抗体（その他）：()											

告示番号		41		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		1/3	
病名		32 X連鎖リンパ増殖症候群								受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日											
氏名		(セイメイ) (姓)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()											
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日							
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度			%
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
最終受診日		(年 月 日)											
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]									
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 毛髪の異常：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]									
		消化器		肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 腸炎：[なし ・ あり]									
		精神・神経		小脳性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害：[なし ・ あり]									
		その他		症状（その他）：()									
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]									
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 毛髪の異常：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]									
		消化器		肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 腸炎：[なし ・ あり]									
		精神・神経		小脳性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害：[なし ・ あり]									
		その他		症状（その他）：()									
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査		白血球数：()/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抗原どちらもない] ウラ試験（血清抗体）：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()											
		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（検査方法）：() PHA反応（測定値）：()cpm PHA反応（基準値）：()cpm PHA反応 SI（Stimulation index）：()											
		リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()											
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞(%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞(%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞(%)：()% NK細胞絶対数：()/μL iNKT細胞(Vα24+Vβ11+CD3+)：()% 細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()											
		骨髄検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価（NT）：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価（PA）：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgG（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgM（EIA）：()・未実施 EBV EBNA（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgG（FA）：()倍・未実施 EBV VCA IgM（FA）：()倍・未実施 EBV EBNA（FA）：()倍・未実施 HIV抗原・抗体測定：() 特異的抗体（その他）：()											

告示番号		42		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3		
病名		33 自己免疫性リンパ増殖症候群 (ALPS)								受付種別		☐ 新規		
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日												
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()												
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地		都道府県 () 市区町村 ()												
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日				BMI		
												肥満度	%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり		
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり		
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載														
最終受診日		(年 月 日)												
症状		全身	体重増加不良: [なし ・ あり] 発熱: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり]											
		皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり] 毛髪の異常: [なし ・ あり]											
		筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]											
		消化器	肝腫: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり] 腸炎: [なし ・ あり]											
		精神・神経	小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害: [なし ・ あり]											
		その他	症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
症状		全身	体重増加不良: [なし ・ あり] 発熱: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり]											
		皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり] 毛髪の異常: [なし ・ あり]											
		筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]											
		消化器	肝腫: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり] 腸炎: [なし ・ あり]											
		精神・神経	小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害: [なし ・ あり]											
		その他	症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載														
血液検査		白血球数: ()/μL	好中球: ()%	リンパ球: ()%	単球: ()%									
		好酸球: ()%	網赤血球: ()‰	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL									
		ヘマトクリット (Ht): ()%	血小板数: ()×10 ⁴ /μL											
		血清IgG: ()mg/dL	血清IgA: ()mg/dL	血清IgM: ()mg/dL	血清総IgE: ()IU/mL									
		IgGサブクラス: IgG1: ()mg/dL	IgG2: ()mg/dL	IgG3: ()mg/dL	IgG4: ()mg/dL									
		CH50: ()U/mL	ビタミンB ₁₂ : ()pg/mL・未実施											
		補体値 (その他): ()	血漿sFASL (soluble FAS ligand): ()pg/mL・未実施	血漿IL-10: ()pg/mL・未実施	血漿IL-18: ()pg/mL・未実施									
		血液型: オモテ試験 (赤血球抗原): [未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもない] ウラ試験 (血清抗体): [未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価: () 自己抗体: [未実施 ・ 実施] 所見: ()												
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施]	PHA反応 (検査方法): ()		PHA反応 (基準値): ()cpm		PHA反応 SI (Stimulation index): ()							
		PHA反応 (測定値): ()cpm												
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 α β + CD4-CD8-T細胞: ()%												
		細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()												
骨髓検査		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): ()												

告示番号		44		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		34 31から33までに掲げるもののほか、免疫調節障害										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳 か月 日								
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度			%
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能							運動制限の必要性			なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)					
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] 毛髪の変異：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 腸炎：[なし ・ あり]													
	精神・神経	小脳性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害：[なし ・ あり]													
	その他	症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり] 毛髪の変異：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり] 腸炎：[なし ・ あり]													
	精神・神経	小脳性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 末梢神経障害：[なし ・ あり]													
	その他	症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 白血球巨大顆粒：[なし ・ あり] 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL CH50：()U/mL 補体値 (その他)：()														
	血液型：オモテ試験 (赤血球抗原)：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもない] 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 CD3+TCR α β + CD4-CD8-T細胞：()% 細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
骨髓検査	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)：()														

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		10		免疫疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		35 重症先天性好中球減少症										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（）被保険者記号（）被保険者番号（）被保険者個人単位枝番（） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ー）都道府県（）市区町村（）丁目番地等（）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（）市区町村（）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
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 %	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()											
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
その他		慢性歯周炎 (歯肉炎)：[なし ・ あり]													
		症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()											
				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
その他		慢性歯周炎 (歯肉炎)：[なし ・ あり]													
		症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL				好中球：()%				リンパ球：()%				単球：()%	
		好酸球：()%				好中球数の周期性変化：[なし ・ あり]									
		赤血球数：()×10 ⁴ /μL				ヘモグロビン (Hb)：()g/dL				ヘマトクリット (Ht)：()%					
		血小板数：()×10 ⁴ /μL				血清IgG：()mg/dL				血清IgA：()mg/dL					
		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]													
リンパ球機能検査		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]													
細胞表面抗原検査		PHA反応 (検査方法)：()													
		PHA反応 (測定値)：()cpm													
		PHA反応 (基準値)：()cpm													
細胞表面抗原検査		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]													
骨髄検査		所見：()													
		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：()													
遺伝学的検査		同定方法：[培養 ・ PCR ・ その他]													
		所見 (その他)：()													
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：()													
遺伝学的検査		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（新規申請用）										1/3	
病名		36 周期性好中球減少症										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度	%		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能							運動制限の必要性			なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	慢性歯周炎 (歯肉炎)：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	慢性歯周炎 (歯肉炎)：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%		リンパ球：()%		単球：()%									
	好酸球：()%	好中球数の周期性変化：[なし ・ あり]													
	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL		ヘマトクリット (Ht)：()%											
	血小板数：()×10 ⁴ /μL	血清IgG：()mg/dL		血清IgA：()mg/dL											
	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)：()														

告示番号		11		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
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										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度	%		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
具体的な疾病名		()								最終受診日		(年 月 日)			
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	慢性歯周炎 (歯肉炎)：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	慢性歯周炎 (歯肉炎)：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 好中球数の周期性変化：[なし ・ あり] 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 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：()														
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)：()														

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
------	--------------

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号 () 有効期限 年 月 日

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		13		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		1/3					
病名		38 白血球接着不全症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり					
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
				筋・骨格 関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
		その他		慢性歯周炎 (歯肉炎)：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
				筋・骨格 関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
		その他		慢性歯周炎 (歯肉炎)：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL CH50：()U/mL															
		抗好中球抗体：[未実施 ・ 実施] 所見：[陽性 ・ 陰性]															
		血液型：オモテ試験 (赤血球抗原)：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] ウラ試験 (血清抗体)：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()															
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：()															
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：()															
		リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施]															
		所見：()															
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (％)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (％)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (％)：()% NK細胞絶対数：()/μL CD18：() CD11b：()															
		細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()															
骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()															

告示番号		12		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3					
病名		39 シュワツハマン・ダイヤモンド (Shwachman-Diamond) 症候群								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり					
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]													
				筋・骨格 関節炎: [なし ・ あり] 骨格異常: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]									
		その他		慢性歯周炎 (歯肉炎): [なし ・ あり] 症状 (その他): ()													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]													
				筋・骨格 関節炎: [なし ・ あり] 骨格異常: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]									
		その他		慢性歯周炎 (歯肉炎): [なし ・ あり] 症状 (その他): ()													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビンF (HbF): ()% 血清IgG: ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL CH50: ()U/mL															
		抗好中球抗体: [未実施 ・ 実施] 所見: [陽性 ・ 陰性]															
		血液型: オモテ試験 (赤血球抗原): [未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] ウラ試験 (血清抗体): [未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価: ()															
リンパ球機能検査		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]															

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
------	--------------

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号 受給者番号 () 有効期限 年 月 日

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		14		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3				
病名		40 慢性肉芽腫症								受付種別		☐ 新規				
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県 () 市区町村 ()														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり				
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
最終受診日		(年 月 日)														
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] 尿路: [なし ・ あり] 部位 (その他): () 症状 (その他): ()				気道: [なし ・ あり]				消化器: [なし ・ あり]				
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				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] 尿路: [なし ・ あり] 部位 (その他): () 症状 (その他): ()				気道: [なし ・ あり]				消化器: [なし ・ あり]				
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgG: ()mg/dL 血清IgE: ()IU/mL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 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: ()														
		好中球活性酸素産生能 (殺菌能): [未実施 ・ 実施] 方法: [DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他] 結果: ()%														
		NBT還元能: [未実施 ・ 実施] 対照: ()% 患者結果: ()%														
		好中球貪食能: [未実施 ・ 実施] 結果: ()%														
		所見: ()														
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL 細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()														
骨髓検査		骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()														
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) CGD病型: [gp91phox欠損 ・ p22phox欠損 ・ p47phox欠損 ・ p67phox欠損 ・ p40phox欠損 ・ 不明] 遺伝子名: () DNA変異: () アミノ酸変異: () 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]														

告示番号		15		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3				
病名		41 ミエロペルオキシダーゼ欠損症								受付種別		☐ 新規				
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県 () 市区町村 ()														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり				
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)												
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明						
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
最終受診日		(年 月 日)														
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]				
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 口内炎: [なし ・ あり] 膿痂疹・皮膚膿瘍: [なし ・ あり]												
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]												
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]				
		その他		症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]				
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 口内炎: [なし ・ あり] 膿痂疹・皮膚膿瘍: [なし ・ あり]												
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]												
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]				
		その他		症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgG: ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL CH50: ()U/mL 補体値 (その他): ()														
		末梢血塗抹 (ペルオキシダーゼ染色): [未実施 ・ 実施] 所見: ()														
顆粒球 スクリーニング検査		好中球活性酸素産生能 (殺菌能): [未実施 ・ 実施] 方法: [DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他] 結果: ()%														
		NBT還元能: [未実施 ・ 実施] 対照: ()% 患者結果: ()% 好中球貪食能: [未実施 ・ 実施] 結果: ()% 所見: ()														
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL														
		細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()														
骨髓検査		骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()														
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 遺伝子名: () DNA変異: () アミノ酸変異: () 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]														

告示番号		16		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3					
病名		42 メンデル遺伝型マイコバクテリア易感染症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
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]				骨髓炎: [なし ・ あり]									
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
		その他		症状 (その他): ()													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]				骨髓炎: [なし ・ あり]									
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
		その他		症状 (その他): ()													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 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															
		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): ()															
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 (骨髓): [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		17		免疫疾患（ ） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
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										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ） 被保険者記号（ ） 被保険者番号（ ） 被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ） 都道府県（ ） 市区町村（ ） 丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ） 市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度	%		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)					
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	その他	症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 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													
		血液型：オモテ試験（赤血球抗原）：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] ウラ試験（血清抗体）：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()													
顆粒球 スクリーニング検査		好中球活性酸素産生能（殺菌能）：[未実施 ・ 実施] 方法：[DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他] 結果：()%													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（検査方法）：() PHA反応（測定値）：()cpm PHA反応（基準値）：()cpm PHA反応 SI（Stimulation index）：()													
		リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞（%）：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞（%）：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞（%）：()% NK細胞絶対数：()/μL													
		細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
病理検査		生検（感染部位）：[未実施 ・ 実施] 部位：() 所見：()													
		菌同定：[未実施 ・ 実施] 部位：() 菌名：() 同定方法：[培養 ・ PCR ・ その他] 所見（その他）：()													
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価（NT）：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価（PA）：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgG（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgM（EIA）：()・未実施 EBV EBNA（EIA）：()・未実施 EBV VCA IgG（FA）：()倍・未実施 EBV VCA IgM（FA）：()倍・未実施 EBV EBNA（FA）：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体（その他）：()													

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
○ 認 定	
△ 限 定	
× 不 認 定	

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号	受給者番号 () 有効期限	年	月	日
-------	----------------	---	---	---

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		24		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		1/3		
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		☐ 新規		
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日												
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()												
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地		都道府県 () 市区町村 ()												
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日				BMI		
												肥満度	%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり		
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり		
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載														
最終受診日		(年 月 日)												
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]												
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]												
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]												
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]												
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 痙攣：[なし ・ あり]												
	その他	外胚葉異常所見：歯牙欠損／萌出不全：[なし ・ あり] 円錐状歯：[なし ・ あり] 発汗低下または無汗症：[なし ・ あり] 粗な頭髪や眉毛：[なし ・ あり] 外胚葉異常所見（その他）：() 症状（その他）：()												
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載														
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]												
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]												
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]												
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]												
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 痙攣：[なし ・ あり]												
	その他	外胚葉異常所見：歯牙欠損／萌出不全：[なし ・ あり] 円錐状歯：[なし ・ あり] 発汗低下または無汗症：[なし ・ あり] 粗な頭髪や眉毛：[なし ・ あり] 外胚葉異常所見（その他）：() 症状（その他）：()												
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載														
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 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 細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
	麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体（その他）：()													
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：() DNA変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

告示番号		21		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3					
病名		45 IRAK4欠損症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり					
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
		精神・神経		精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]								痙攣: [なし ・ あり]					
その他		症状 (その他): ()															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
		精神・神経		精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]								痙攣: [なし ・ あり]					
その他		症状 (その他): ()															
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()%				好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL											
		ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL															
		血清IgG: ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL				IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL											
		CH50: ()U/mL															
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法): ()				PHA反応 (測定値): ()cpm PHA反応 (基準値): ()cpm PHA反応 SI (Stimulation index): ()											
		リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()															
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL															
		B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL															
		細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()															
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA): ()・未実施															
		EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施 EBV EBNA (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施 EBV EBNA (FA): ()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定: () 特異的抗体 (その他): ()															
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 遺伝子名: () DNA 変異: () アミノ酸変異: () 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]															

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
------	--------------

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号	受給者番号 () 有効期限	年	月	日
-------	----------------	---	---	---

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		23		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		1/3					
病名		46 MyD88欠損症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日											
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日											
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI							
										肥満度		%					
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり					
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)													
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明							
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]					
				口内炎：[なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]				痙攣：[なし ・ あり]									
その他		症状（その他）：()															
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()				出血斑：[なし ・ あり]				色素脱失：[なし ・ あり]					
				口内炎：[なし ・ あり]													
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]					
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]				痙攣：[なし ・ あり]									
その他		症状（その他）：()															
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数：()/μL				好中球：()%				リンパ球：()%				単球：()%			
		好酸球：()%				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）		細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施]															
所見		()															
感染症疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施															
		EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施															
		EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施															
		HIV 抗原・抗体測定：()															
		特異的抗体（その他）：()															
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		22		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3			
病名		47 慢性皮膚粘膜カンジダ症								受付種別		☐ 新規			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃				記載時の年齢		満 歳		か月 日					
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 %	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)								療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
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] 毛嚢炎: [なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]											
		消化器		肝腫: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり]											
		その他		症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり] 発熱: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり]											
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり] 毛嚢炎: [なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節炎: [なし ・ あり]											
		消化器		肝腫: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり]											
		その他		症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgG: ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL CH50: ()U/mL													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法): () PHA反応 (測定値): ()cpm PHA反応 (基準値): ()cpm PHA反応 SI (Stimulation index): () リンパ球機能検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析: CD4: ()% CD8: ()% T細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL B細胞 (%): ()% B細胞絶対数: ()/μL NK細胞 (%): ()% NK細胞絶対数: ()/μL Th17細胞数: [未実施 ・ 実施] Th17細胞数 (検査方法): () Th17細胞数 (測定値): ()% 細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()													
感染症疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施 EBV EBNA (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施 EBV EBNA (FA): ()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定: () 特異的抗体 (その他): ()													

告示番号		25		免疫疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		48 44から47までに掲げるもののほか、自然免疫異常										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（）被保険者記号（）被保険者番号（）被保険者個人単位枝番（） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ー）都道府県（）市区町村（）丁目番地等（）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（）市区町村（）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳 か月 日								
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度			%
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)					
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 痙攣：[なし ・ あり]													
	その他	症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 出血斑：[なし ・ あり] 色素脱失：[なし ・ あり] 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 痙攣：[なし ・ あり]													
	その他	症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()‰ 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL CH50：()U/mL													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA 反応：[未実施 ・ 実施] PHA 反応 (検査方法)：() PHA 反応 (測定値)：()cpm PHA 反応 (基準値)：()cpm PHA 反応 SI (Stimulation index)：() リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL 細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
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]													
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]													

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果 [認定 ・ 不認定]

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号 () 有効期限 年 月 日

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位校番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		27		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		49 先天性補体欠損症										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日									
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI					
										肥満度		%			
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 口内炎：[なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]				関節痛：[なし ・ あり]							
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]											
		その他		顔面低形成：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]				発熱：[なし ・ あり]				リンパ節腫脹：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 口内炎：[なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]				関節痛：[なし ・ あり]							
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]											
		その他		顔面低形成：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL		好中球：()%		リンパ球：()%		単球：()%							
		好酸球：()%		網赤血球：()‰		赤血球数：()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb)：()g/dL							
		ヘマトクリット (Ht)：()%		血小板数：()×10 ⁴ /μL		血清IgM：()mg/dL		血清総IgE：()IU/mL							
		血清IgG：()mg/dL		血清IgA：()mg/dL		血清IgM：()mg/dL		血清IgG：()mg/dL							
		IgG1：()mg/dL		IgG2：()mg/dL		IgG3：()mg/dL		IgG4：()mg/dL							
		C3：()mg/dL		C4：()mg/dL		CH50：()U/mL		抗核抗体：()倍・未実施							
		補体値 (その他)：()													
		自己抗体：[未実施 ・ 実施]													
		所見：()													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA 反応：[未実施 ・ 実施]				PHA 反応 (検査方法)：()									
		PHA 反応 (測定値)：()cpm				PHA 反応 (基準値)：()cpm				PHA 反応 SI (Stimulation index)：()					
		リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施]													
		所見：()													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL													
		B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL													
		細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施]													
		所見：()													
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 蛋白尿：[なし ・ あり]													
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)													
		所見：()													
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施				麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施				麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施					
		EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施				EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施				EBV EBNA (EIA)：()・未実施					
		EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施				EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施				EBV EBNA (FA)：()倍・未実施					
		HIV 抗原・抗体測定：()													
		特異的抗体 (その他)：()													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：()													
		DNA 変異：()													
		アミノ酸変異：()													
		蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]													

告示番号		26		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3					
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		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日				体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日				BMI			
														肥満度		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり					
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)													
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明							
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
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): ()															
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数: ()/μL		好中球: ()%		リンパ球: ()%		単球: ()%									
		好酸球: ()%		網赤血球: ()%		赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL									
		ヘマトクリット (Ht): ()%		血小板数: ()×10 ⁴ /μL													
		血清IgG: ()mg/dL		血清IgA: ()mg/dL		血清IgM: ()mg/dL		血清総IgE: ()IU/mL									
		IgG1: ()mg/dL		IgG2: ()mg/dL		IgG3: ()mg/dL		IgG4: ()mg/dL									
		C3: ()mg/dL		C4: ()mg/dL		CH50: ()U/mL		抗核抗体: ()倍・未実施									
		C1インヒビター抗原: [未実施 ・ 正常 ・ 低下]				C1インヒビター活性: ()%											
		補体値 (その他): ()															
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験: PHA反応: [未実施 ・ 実施]				PHA反応 (検査方法): ()											
		PHA反応 (測定値): ()cpm				PHA反応 (基準値): ()cpm				PHA反応 SI (Stimulation index): ()							
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															
尿検査		細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施]															
		所見: ()															
画像検査		血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]															
		蛋白尿: [なし ・ あり]															
感染症免疫学的 検査		麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍・未実施				麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施											
		麻疹ウイルスIgG (EIA): ()・未実施				EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施											
		EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施				EBV EBNA (EIA): ()・未実施											
		EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施				EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施											
		EBV EBNA (FA): ()倍・未実施															
		特異的抗体 (その他): ()															
画像検査		超音波検査: [未実施 ・ 実施]															
		部位: ()															
		所見: ()															

告示番号		28		免疫疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		51 49及び50に掲げるもののほか、先天性補体欠損症										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（）被保険者記号（）被保険者番号（）被保険者個人単位枝番（） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ー）都道府県（）市区町村（）丁目番地等（）													
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（）市区町村（）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日									
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI					
										肥満度		%			
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)					
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]													
	その他	顔面低形成：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 口内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下痢：[なし ・ あり]													
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]													
	その他	顔面低形成：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL C3：()mg/dL C4：()mg/dL CH50：()U/mL 抗核抗体：()倍・未実施 補体値 (その他)：()														
	自己抗体：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験：PHA 反応：[未実施 ・ 実施] PHA 反応 (検査方法)：() PHA 反応 (測定値)：()cpm PHA 反応 (基準値)：()cpm PHA 反応 SI (Stimulation index)：() リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
	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IgG (EIA)：()・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 特異的抗体 (その他)：()														

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果 [認定 ・ 不認定]

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号 () 有効期限 年 月 日

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位校番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		18		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名		52 好酸球増加症							受付種別		☐ 新規		
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日											
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()											
生年月日		年 月 日							性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地		都道府県 () 市区町村 ()											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日							
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度			%
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能							運動制限の必要性		なし ・ あり		
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
最終受診日		(年 月 日)											
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] 悪心: [なし ・ あり] 嘔吐: [なし ・ あり]											
	その他	胸水: [なし ・ あり] 腹水: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり] 全身倦怠感: [なし ・ あり] 発熱: [なし ・ あり] リンパ節腫脹: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 口内炎: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	心不全: [なし ・ あり]											
	消化器	肝腫: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり] 下痢: [なし ・ あり] 腹痛: [なし ・ あり] 悪心: [なし ・ あり] 嘔吐: [なし ・ あり]											
	その他	胸水: [なし ・ あり] 腹水: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 好酸球絶対数: ()/μL 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgG: ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL CH50: ()U/mL												
	リンパ球刺激試験: 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]												

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
------	--------------

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号 () 有効期限 年 月 日

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		40		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3				
病名		53 慢性活動性EBウイルス感染症								受付種別		☐ 新規				
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県 () 市区町村 ()														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日								
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日				体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日				BMI		
														肥満度		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり				
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)												
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明						
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
最終受診日		(年 月 日)														
症状		全身		発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]												
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()												
		消化器		肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり]												
		その他		症状 (その他)：()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
症状		全身		発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]												
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：()												
		消化器		肝腫：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり]												
		その他		症状 (その他)：()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
血液検査		白血球数：()/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														
		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：()														
		リンパ球機能検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL														
		細胞表面抗原検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
		骨髓検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[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/μgDNA EBウイルス感染細胞：[未実施 ・ T細胞 ・ NK細胞 ・ 不明] 特異的抗体 (その他)：()												
				遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：() DNA変異：() アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]										

告示番号		19		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/4	
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		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度			%
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり（ 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 ）						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳）			なし ・ あり（ 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ）										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 色素脱失：[なし ・ あり] □内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり]			脾腫大：[なし ・ あり]			下痢：[なし ・ あり]							
	その他	症状（その他）：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 性状：() 色素脱失：[なし ・ あり] □内炎：[なし ・ あり]													
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫：[なし ・ あり]			脾腫大：[なし ・ あり]			下痢：[なし ・ あり]							
	その他	症状（その他）：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：() リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL 細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
感染症免疫学的 検査		HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性（HIV-1+2抗体・p24抗原）：[陰性 ・ 陽性] HIV-1抗体（ウエスタンブロット法）：() HIV-1抗体（ウエスタンブロット法）：()倍 HIV-2抗体（ウエスタンブロット法）：() HIV-2抗体（ウエスタンブロット法）：()倍 HIV-1核酸定量：()copy/mL 特異的抗体（その他）：()													
指標疾患		カンジダ症（食道、気管、気管支、肺）：[なし ・ あり] 診断日：(年 月 日) 診断法及び所見：()													
		クリプトコッカス症（肺以外）：[なし ・ あり] 診断日：(年 月 日) 診断法及び所見：()													
		コクシジオイデス症：[なし ・ あり] 診断日：(年 月 日) 診断法及び所見：()													
		ヒストプラズマ症：[なし ・ あり] 診断日：(年 月 日) 診断法及び所見：()													

告示番号		20		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3					
病名		55 後天的な免疫系障害による免疫不全症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり					
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 色素脱失: [なし ・ あり] □内炎: [なし ・ あり]													
				筋・骨格 関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
		その他		症状 (その他): ()													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
症状		全身		体重増加不良: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり]				リンパ節腫脹: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		発疹: [なし ・ あり] 性状: () 色素脱失: [なし ・ あり] □内炎: [なし ・ あり]													
				筋・骨格 関節炎: [なし ・ あり]													
		消化器		肝腫: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]				下痢: [なし ・ あり]					
		その他		症状 (その他): ()													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgG: ()mg/dL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL															
		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: ()															
		感染症免疫学的 検査		特異的抗体 (その他): ()													

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
------	--------------

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号	受給者番号 () 有効期限	年	月	日
-------	----------------	---	---	---

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		39		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3				
病名		56 慢性移植片対宿主病								受付種別		☐ 新規				
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県 () 市区町村 ()														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり				
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)												
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明						
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
最終受診日		(年 月 日)														
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)：()												
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL CH50：()U/mL														
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応 (検査方法)：() PHA反応 (測定値)：()cpm PHA反応 (基準値)：()cpm 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)：()														

