

告示番号		25		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		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		<div><input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入 → ()</div>			
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)							
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		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
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]			
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]				口内炎：[なし ・ あり]							
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]				痙攣：[なし ・ あり]							
		その他		症状 (その他)：()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
血液検査		白血球数：()/μL				好中球：()%		リンパ球：()%		単球：()%					
		好酸球：()%				網赤血球：()%		赤血球数：()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb)：()g/dL					
		ヘマトクリット (Ht)：()%				血小板数：()×10 ⁴ /μL									
		血清IgG：()mg/dL		血清IgA：()mg/dL		血清IgM：()mg/dL		血清総IgE：()IU/mL							
		IgG1：()mg/dL		IgG2：()mg/dL		IgG3：()mg/dL		IgG4：()mg/dL							
		CH50：()U/mL													
		リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施]				PHA反応 (検査方法)：()		PHA反応 (基準値)：()cpm		PHA反応 SI (Stimulation index)：()			
				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													
髄液検査		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		髄液検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)													
		所見：()													
画像検査		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]													

