

告示番号		9		免疫疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）										1/2							
病名		36 周期性好中球減少症										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 →（）							
受給者番号				受診日		年		月		日											
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)															
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県		( ) 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD) 年 月 日				体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日				BMI							
														肥満度		%					
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )																			
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)										療育手帳		なし ・ あり					
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)															
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能										運動制限の必要性				なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当								する ・ しない ・ 不明			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
症状		全身		体重増加不良：[ なし ・ あり ]						発熱：[ なし ・ あり ]						リンパ節腫脹：[ なし ・ あり ]					
		皮膚・粘膜		発疹：[ なし ・ あり ] 性状：( ) 出血斑：[ なし ・ あり ] 色素脱失：[ なし ・ あり ] □内炎：[ なし ・ あり ]																	
		筋・骨格		関節炎：[ なし ・ あり ]																	
		消化器		肝腫：[ なし ・ あり ]						脾腫大：[ なし ・ あり ]						下痢：[ なし ・ あり ]					
		その他		慢性歯周炎 (歯肉炎)：[ なし ・ あり ] 症状 (その他)：( )																	
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
血液検査		白血球数：( )/μL						好中球：( )%						リンパ球：( )%						単球：( )%	
		好酸球：( )%						好中球数の周期性変化：[ なし ・ あり ]													
		赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL						ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL						ヘマトクリット (Ht)：( )%							
		血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL						血清IgG：( )mg/dL						血清IgA：( )mg/dL							
		血清IgM：( )mg/dL						血清総IgE：( )IU/mL						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 ] ウツ試験 (血清抗体)：[ 未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり ] 抗A、抗B抗体価：( )																			
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[ 未実施 ・ 実施 ]						PHA反応 (検査方法)：( )						PHA反応 SI (Stimulation index)：( )							
		PHA反応 (測定値)：( )cpm						PHA反応 (基準値)：( )cpm													
		リンパ球機能検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )																			
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：( )% CD8：( )% T細胞 (%)：( )% T細胞絶対数：( )/μL B細胞 (%)：( )% B細胞絶対数：( )/μL NK細胞 (%)：( )% NK細胞絶対数：( )/μL																			
		細胞表面抗原検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )																			
骨髓検査		骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																			
病理検査		生検 (感染部位)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )																			
		菌同定：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 菌名：( ) 同定方法：[ 培養 ・ PCR ・ その他 ] 所見 (その他)：( )																			
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 遺伝子名：( ) DNA変異：( ) アミノ酸変異：( ) 蛋白発現検査：[ 未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損 ]																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	9	免疫疾患	( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）	2/2
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載						
合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )					
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )					
既往歴	アレルギー疾患：[ なし ・ あり ]      自己免疫疾患：[ なし ・ あり ]      悪性腫瘍：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ]      中耳炎：[ なし ・ あり ]      肺炎：[ なし ・ あり ] 皮膚膿瘍：[ なし ・ あり ]      皮膚粘膜カンジダ症：[ なし ・ あり ]      ニューモシスチス肺炎：[ なし ・ あり ] ウイルス感染（水痘・EBVなど）の重症化：[ なし ・ あり ]      抗酸菌感染：[ なし ・ あり ] 既往歴（その他）：( )					
治療歴	入院加療を要する感染症：[ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ] 抗菌薬点滴静注を要する感染症：[ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ] ウイルス感染症の重症化：[ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ] 真菌感染症の重症化：[ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	ステロイド薬：[ なし ・ あり ]      免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 予防投与（抗菌薬）：[ なし ・ あり ]      予防投与（抗真菌薬）：[ なし ・ あり ]      予防投与（抗ウイルス薬）：[ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法：[ 未実施 ・ 静注 ・ 皮下注 ] 用量：( )g/週 補充療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )					
遺伝子治療	遺伝子治療：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )					
移植	造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]      実施日：( 年 月 日 ) ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ]      移植細胞：[ 骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ] HLA アリル一一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA 抗原一一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ]      ex vivo細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 前処置：( )					
治療	治療（その他）：( )					
今後の治療方針	今後の治療方針：( ) 治療見込み期間（入院） 開始日：( 年 月 日 )      終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間（外来） 開始日：( 年 月 日 )      終了日：( 年 月 日 )      通院頻度：( )回／月					
医療機関・医師署名						
上記の通り診断します。  医療機関名      記載年月日      年      月      日 医療機関住所      診療科      (印) 医師名      小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )						