

告示番号		51		免疫疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		22 先天性角化異常症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD) 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													
身体所見		小頭症 (-2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]											
症状	全身	体重増加不良 : [ なし ・ あり ] 発熱 : [ なし ・ あり ] リンパ節腫脹 : [ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	発疹 : [ なし ・ あり ] 性状 : ( ) 出血斑 : [ なし ・ あり ] 色素脱失 : [ なし ・ あり ] 網状色素沈着 : [ なし ・ あり ] □内炎 : [ なし ・ あり ] 口腔粘膜白斑症 : [ なし ・ あり ] 爪の萎縮 : [ なし ・ あり ] 頭髮の消失、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 (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 <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 : ( )/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 : ( )											
画像検査		CT 検査 (胸部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 遺伝子名 : ( ) DNA 変異 : ( ) アミノ酸変異 : ( ) 蛋白発現検査 : [ 未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損 ] テロメア長測定 : ( )SD											
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症		合併症 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
家族歴		本疾患の家族歴 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細 : ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	51	免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
既往歴	アレルギー疾患：[ なし ・ あり ]    自己免疫疾患：[ なし ・ あり ]    悪性腫瘍：[ なし ・ あり ]    易感性：[ なし ・ あり ] 中耳炎：[ なし ・ あり ]    肺炎：[ なし ・ あり ]    皮膚膿瘍：[ なし ・ あり ]    皮膚粘膜カンジダ症：[ なし ・ あり ] ニューモシスチス肺炎：[ 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）※近況を記載			
薬物療法	ステロイド薬：[ なし ・ あり ]    免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]    予防投与（抗菌薬）：[ なし ・ あり ] 予防投与（抗真菌薬）：[ なし ・ あり ]    予防投与（抗ウイルス薬）：[ なし ・ あり ] 補充療法：[ なし ・ あり ] 詳細：（ ） 免疫グロブリン療法：[ 未実施 ・ 静注 ・ 皮下注 ]    用量：（ ）g/週 アンドロゲン療法：[ なし ・ あり ]		
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ]    血小板輸血：[ なし ・ あり ]		
移植	造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]    実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ]    移植細胞：[ 骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ] HLAアリール一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ]    ex vivo細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 前処置：（ ）		
治療	治療（その他）：（ ）		
今後の治療方針	今後の治療方針：（ ） 治療見込み期間（入院） 開始日：（ ）年（ ）月（ ）日    終了日：（ ）年（ ）月（ ）日 治療見込み期間（外来） 開始日：（ ）年（ ）月（ ）日    終了日：（ ）年（ ）月（ ）日    通院頻度：（ ）回／月		
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。  <div> <div>医療機関名</div> <div>記載年月日</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> </div> <div> <div>医療機関住所</div> <div>診療科</div> <div>医師名</div> <div>小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）</div> <div>(印)</div> </div>			

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関住所

記載年月日                      年                      月                      日

診療科  
医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )