

告示番号		34		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		6 CD8欠損症										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）	
受給者番号				受診日		年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 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] 口内炎：[なし ・ あり]											
		筋・骨格		関節炎：[なし ・ あり]											
		消化器		肝腫：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]				下痢：[なし ・ あり]			
		その他		症状（その他）：()											
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載															
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()‰ 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgE：()IU/mL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgGサブクラス：IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL CH50：()U/mL													
		血液型：オモテ試験（赤血球抗原）：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] ウラ試験（血清抗体）：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()													
リンパ球機能検査		リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（検査方法）：() PHA反応（測定値）：()cpm PHA反応（基準値）：()cpm SI (Stimulation index)：()													
		リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
細胞表面抗原検査		リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (％)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (％)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (％)：()% NK細胞絶対数：()/μL													
		細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
骨髓検査		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]													

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	34	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] 免疫抑制剤：[なし ・ あり] 予防投与（抗菌薬）：[なし ・ あり] 予防投与（抗真菌薬）：[なし ・ あり] 予防投与（抗ウイルス薬）：[なし ・ あり] 免疫グロブリン療法：[未実施 ・ 静注 ・ 皮下注] 用量：()g/週 補充療法：[なし ・ あり] 詳細：()					
遺伝子治療	遺伝子治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					
移植	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：(年 月 日) ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞：[骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度：[完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置：()					
治療	治療（その他）：()					
今後の治療方針	今後の治療方針：()					
	治療見込み期間（入院） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間（外来） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回／月					
医療機関・医師署名						
上記の通り診断します。						
医療機関名			記載年月日 年 月 日			
医療機関住所						
			診療科			
			医師名			
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			
			(印)			