

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（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]					
	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IgE：()IU/mL									
	血清IgA：()mg/dL	血清IgM：()mg/dL		血清総IgG：()mg/dL		IgG4：()mg/dL									
	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
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