

告示番号 **46** 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                   | 11 ウィスコット・オルドリッチ (Wiskott-Aldrich) 症候群                                 |  |                               | 受付種別                         | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |                     |     |
| 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日        |  |                               |                              |  |                     |     |
| 氏名                   | (セイメイ)<br>(姓名)   |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)          | (セイメイ)<br>(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<br>(測定日)  | cm ( SD)                                   |                               | 体重<br>(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 (申請時) ※直近の状況を記載 |  |  |                               |                              |  |                     |     |
| 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  | 出血斑: [ なし ・ あり ]                           |                               | 湿疹: [ なし ・ 間欠的 ・ 軽症持続 ・ 重症 ] |  |                     |     |
|                      | 筋・骨格   | 関節炎: [ なし ・ あり ]                           |                               |                              |  |                     |     |
|                      | 消化器  | 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 <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              | 平均血小板容積 (MPV): ( )fL          |                              |  |                     |     |
|                      | 血清IgG: ( )mg/dL  | 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  | 補体値 (その他): ( )                             |                               |                              |  |                     |     |
|                      | 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: ( )  |  |                               |                              |  |                     |     |
| 骨髄検査                 | 骨髄検査: [ 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 ]   |  |                               |                              |  |                     |     |

告示番号 **46** 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 ]<br>詳細: ( )  |
| 家族歴                    | 本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>ニューモシス肺炎: [ 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>免疫グロブリン療法: [ 未実施 ・ 静注 ・ 皮下注 ] 用量: ( )g/週<br>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 )<br>ドナー: [ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞: [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]<br>HLA アリル一致度: [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]<br>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 ]<br>前処置: ( )    |
| 治療                     | 治療 (その他): ( )  |
| 今後の治療方針                | 今後の治療方針: ( )<br>治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 )<br>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  |
| 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) ・<br>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 ・<br>その他 ( )  |
| 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  |
| 医療機関所在地                | 診断年月日 年 月 日  |
| 電話番号                   | 診療科<br>医師名<br>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 ]                |
| 保険情報    | 保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |