

告示番号		54		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		14 ブルーム (Bloom) 症候群						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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 () 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 () 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)		体重 (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															
最終受診日		(年 月 日)													
症 状		全身		低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 体重増加不良 : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり]											
		皮膚・粘膜		発疹 : [なし ・ あり] 性状 : () 日光過敏性紅斑 : [なし ・ あり]											
		その他		鳥様顔貌 : [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 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 空腹時血糖 : ()mg/dL HbA1c : ()% 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 PHA反応 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		染色体検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()													
		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]													

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 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位校番 () 資格取得年月日 年 月 日