

告示番号 45		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	15 ICF 症候群				受付種別	<input type="checkbox"/> 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 (-) 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	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 (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							
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]			
	消化器	下痢: [なし ・ あり]					
	その他	眼間開離: [なし ・ あり]		耳介低位: [なし ・ あり]		巨舌: [なし ・ あり]	
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]			
	消化器	下痢: [なし ・ あり]					
	その他	眼間開離: [なし ・ あり]		耳介低位: [なし ・ あり]		巨舌: [なし ・ あり]	
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			
リンパ球機能検査	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IgG1: ()mg/dL	IgG2: ()mg/dL	IgG3: ()mg/dL	IgG4: ()mg/dL	
細胞表面抗原検査	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]						
遺伝学的検査	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: ()						
感染症免疫学的検査	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 SI (Stimulation index): ()		
	PHA反応 (測定値): ()cpm		PHA反応 (基準値): ()cpm				
細胞表面抗原検査	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		
骨髄検査	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		
遺伝学的検査	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: ()						
遺伝学的検査	特異的抗体 (その他): ()						
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)						
遺伝学的検査	所見: ()						
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 遺伝子名: ()						
遺伝学的検査	DNA 変異: ()						
	アミノ酸変異: ()						
遺伝学的検査	蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]						

告示番号 **45** 免疫疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

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: ()×10⁴/μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL
 ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10⁴/μL 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
 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]

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]
 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: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
 HLAアレル一致度: [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

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 ()

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			
		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